Nr. 19. 12. maja 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Edmund ROSENHAUCH, Kraków.
Doc. Dr. Józef SZYMANOWICZ.

Badania nad zmianami na dnie oka w nefropatji ciężarnych oraz w stanach przedrzucawkowych i rzucawce porodowej.

Z klin. poł.-ginek. U. K. (Dyr. Prof. Dr. Rosner)

Toksykozy ciążowe należą do tego działu patologji ciąży, któremu w klinice krakowskiej od lat kilkunastu poświęca się szczególniejszą uwagę, którym zajmujemy się nietylko z punktu widzenia praktycznego, lecz i teoretycznego.

Zagadnienia bowiem związane z gestozami przedstawiają tak dla teoretyka jak i klinicysty olbrzymią wartość, już choćby z tego powodu, że dają widoki nowych odkryć i zdobyczy, a przyznać trzeba, że są dziś jeszcze prawie że *„terra incognita"*.

Bardzo dokładne obserwacje kliniczne i badania teoretyczne, jakie w ostatnich zwłaszcza czasach nad tą sprawą przeprowadzono, pozwoliły wprawdzie rozjaśnić niektóre zawiłe i sporne kwestje i posunąć się o krok naprzód w poznaniu gestoz, lecz przyznać musimy, że daleko jesteśmy jeszcze od rozwiązania wielu pytań, które się przy rozważaniu tych spraw nasuwają.

Nam jako klinicystom — obok innych braków — rzucały się w oczy przedewszystkiem te niedomagania, które stawiały nas niejednokrotnie w kłopotliwem położeniu zwłaszcza tam, gdzie przychodziło zadecydować czy mamy do czynienia z *nefropatją, nefritis* lub *nefrozą* ciężarnych. Wyczuwaliśmy te słabe strony w rozpoznawaniu różniczkowem wtedy, kiedy nie wątpiliśmy, że ostateczna odpowiedź na to pytanie pozwoliłaby nam wyciągnąć odpowiednie wnioski co do leczenia i rokowania. Zostawaliśmy niejednokrotnie bez rozpoznania tam, gdzie wszystkie badania zostały przeprowadzone, a ostateczne rozpoznanie zmuszeni byliśmy pozostawić czasowi i objawom poporodowym.

Pragnąc wykorzystać nawet najdrobniejszy objaw, któryby nam mógł być pomocny w osiągnięciu celu, rozpoczęliśmy przed trzema laty niezwykle dokładną obserwację tych ciężarnych, rodzących i położnic, które zgłaszały się z zespołem objawów charakteryzujących cierpienie nerkowe w okresie ciąży.

Ponieważ dotychczasowe spostrzeżenia co do białkomoczu, ciśnienia, ilości dobowej moczu, obrzęków, kapilaroskopji, wywiadów i dość żmudnego badania resztki azotowej we krwi nie dawały zadawalniającej odpowiedzi w dużej ilości przypadków na postawione sobie pytanie, przeto zwróciliśmy szczególniejszą uwagę na badanie dna oka.

Badanie to zostało przeprowadzone niezwykle drobiazgowo i sumiennie, kilkakrotnie w każdym przypadku.

Dotychczasowe niedokładne i niecelowo prowadzone badania dna oka i skąpe o nich piśmiennictwo w bardzo znikomej ilości mogły być brane jako podstawa dla naszych spostrzeżeń. Nie może nas jednak dziwić, że są one skąpe, bo były przecież prowadzone dla tych spraw chorobowych, dla których dziś jeszcze niezupełnie dobrze wyświetlone są obrazy anatomo-patologiczne, nie mówiąc już o objawach klinicznych.

Wissmann, któremu udało się zebrać z piśmiennictwa wraz z własnemi 150 spostrzeżeń o zmianach ocznych przy stanie przedrzucawkowym i rzucawce porodowej skarży się, że materjału tego nie może zużytkować, ponieważ w badaniach tych nie uwzględniono ani ciśnienia, ani resztki azotowej, ani ogólnych objawów, tak, że rozpoznanie o jaką i jak daleko posuniętą zmianę w nerkach chodziło nie ma mowy.

Wobec tego, opierając się na materjale nieco mniejszym, lecz własnym, zupełnie zwartym, z jednego źródła pochodzącym i celowo badanym i obserwowanym — usprawiedliwione będą usiłowania w kierunku odpowiedzi na następujące pytania:

1) czy badanie dna oka ma jakie znaczenie, dla różniczkowego rozpoznania w nefropatji, względnie *nefritis in gravida* i *nefrozach?*

2) czy ze zmian tych można wysnuć pewne wnioski co do rokowania cierpienia?

3) czy zmiany te są tak cechujące, że pozwolą na rokowanie samego cierpienia ocznego?

4) czy pewnym zmianom ogólnym (obrzękom, podniesionemu ciśnieniu i t. d.) odpowiadają te same zmiany oczne?

Materjał nasz obejmuje 65 przypadków, w tem 40 pierwiastek, 25 wieloródek; wiek wahał się od 20 — 42 lat. U wieloródek przeważały kilkakrotne ciąże. U wszystkich badane było ciśnienie, przyczem stwierdzono u pierwiastek najniższe 100, najwyższe 285 Hg, u wieloródek najniższe 125, najwyższe 340.

Tablica I.

	do 200	od 200 — 250	od 250 — 300	powyżej 300
Ciśnienie: I p.	26	7	7	0
multipar.	14	4	2	5

U 7 pacjentek nie stwierdzono zupełnie białka w moczu, pozostałe zaś wykazywały różne ilości od śladu nieoznaczalnego aż do 20%. We wszystkich przypadkach badano najdokładniej kilkakrotnie osad.

Z tych objawów, jakoteż z towarzyszących im innych, można było w 40 przypadkach rozpoznać nefropatję ciążową z pewnem prawdopodobieństwem, w dwóch przypadkach rozpoznawano zapalenie nerek. Stan przedrzucawkowy względnie rzucawkę rozpoznano w 16 przypadkach.

W całym materjale naszym 18 razy był brak obrzęków, u reszty zaś pacjentek stwierdzono je w różnych miejscach, w różnem nasileniu, przeważnie na kostkach i podudziach, kilka razy na twarzy, na wargach sromowych i rękach. Reszta azotowa w jednym tylko przypadku przekraczała normę 40 — 60 mgr w 100 cm^3 krwi. W każdym przypadku badane było kilkakrotnie dno oka i to zarówno przed jak i po porodzie. Wynik spostrzeżeń podzieliliśmy na pięć grup:

1) dno prawidłowe,

2) dno prawidłowe, jednak z lekkiem rozdęciem żył na tarczy nerwu wzrokowego, jednakże bez zatarcia granic samej tarczy,

3) *neuritis optica* (żyły rozdęte, granice tarczy zatarte),

4) *retinitis* (drobne białawe plamki rozrzucone na siatkówce, bądź to wzdłuż przebiegu naczyń, bądź też rozrzucone w grupkach w okolicy tarczy nerwu wzrokowego, względnie plamki żółtej),

5) *neuroretinitis,* które jest połączeniem zmian wyszczególnionych pod 3 i 4, przyczem zmiany te przybierają niejednokrotnie postać typową dla *neuroretinitis albuminurica.* (Zatarcie granic w plamce żółtej, gwiazdki z punktów żółtych, tu i ówdzie wybroczyny).

Dla tego podziału otrzymaliśmy z naszego materjału obserwacyjnego następujące cyfry:

Tablica II.

ad	1)	2)	3)	4)	5)
I para	22	3	12	2	1
multipar.	14	3	4	0	2

(ponadto 2 razy *pseudoretinitis,* występujące przy hypermetropji mogące łatwo naśladować prawdziwą *neuritis).*

Celem naszego badania było, jak wyżej powiedzieliśmy szukanie odpowiedzi na pierwsze pytanie. Na podstawie wyżej przedstawionych wyników badań odpowiedź na to pytanie brzmieć musi przecząco.

Zmiany na dnie oka nie mogą stanowić czynnika rozstrzygającego przy różniczkowem rozpoznaniu między *nefritis* a *nefropatją* ciążową i *nefrozą.* Takie same bowiem zmiany spostrzegaliśmy zarówno przy bezwzględnie pewnej nefropatji, jak i niezawodnej nefritis w czasie ciąży.

Inna rzecz po porodzie, tutaj badanie dna oka i znalezione w nim zmiany pomódz nam mogą w wybitnym stopniu do utrwalenia rozpoznania przypuszczalnej przedtem zmiany chorobowej. Przy nefropatji bowiem następuje we wszystkich przypadkach kryzys zmian ocznych już w najbliższych dniach po porodzie, zupełnie równolegle z ustępowaniem innych objawów nefropatycznych, podczas gdy przy nefritis sprawa się przeciąga bardzo, z trudem się poprawia nawet przy gorliwem leczeniu, podobnie jak przy *nefritis extra graviditatem,* a nawet nierzadko w połogu przychodzi do pogorszenia sprawy.

Wobec tego odpadają odpowiedzi na pytanie drugie i trzecie. I na czwarte pytanie musimy dać odpowiedź przeczącą; były wprawdzie spostrzegane przypadki pewnej równoległości zmian ogólnych z ocznemi np. przy obrzękach wybitnych ogólnych stwierdzaliśmy obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, przy wysokim ciśnieniu rozdęcie żył, nie możemy jednak tej równoległości uogólniać, albowiem obrzęk tarczy występował przy braku ogólnego obrzęku, a często przy wysokiem ciśnieniu dno oka było prawidłowe.

Dalsze badania nad tą sprawą prowadzimy ze wzmożonem zainteresowaniem, przyczem wyłoniły się ciekawe spostrzeżenia, które wykazują pewną równoległość między wynikami kapilaroskopji obwodowej, a kapilarami siatkówki. Przyszłe nasze sprawozdanie będzie odnosiło się do tych badań.

Dr. Adam ABDAŃSKI. Lwów.

O technice nakłucia mięśnia i jam serca z szczególnem uwzględnieniem przestrzeni przymieczykowatej (spatium paraxiphoideum) Larreya.

Z II. Kliniki chirurgicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor Prof. Dr. H. Schramm.

Zagadnienie ożywienia ustroju zmarłego dostało się na teren realnych zdobyczy naukowych z chwilą, kiedy polskiemu fizjologowi Prusowi udało się pod koniec ubiegłego stulecia przywrócić do życia przez pośrednie (przeponowe) mięsienie serca psy, zatrute chloroformem.

Zabieg ten często powtarzany i w skutkach swych niejednokrotnie zbawienny, został dziś częściowo wyparty przez zabieg von den Veldena, polegający na dosercowem wprowadzeniu leku. Prostota i delikatność jego sprawiły, że jest i powinien być w nowoczesnem lecznictwie przed wszystkimi innymi stosowany przy wszelkich porażeniach serca, przedtem zdrowego, jak np.: po porażeniu natury otrzewnowej lub po narkozie, dalej po porażeniu prądem elektrycznem, ciężkich skrawieniach, uduszeniu, zamarznięciu, wskutek wstrząsu mózgu lub po zranieniach, podczas zabiegów na sercu i embolektomji z tętnicy płucnej. Zabieg ten(nakłucie serca) choćby ze względu na powagę jego wskazań, powinien być własnością ogółu lekarzy — że zaś nią jeszcze dziś nie jest, ma to swoją przyczynę niewątpliwie w instynktownej obawie przed zabiegami na sercu, jaka się zdarza nawet u lekarzy i w niedokładnej znajomości techniki, bez której zabieg zasadniczo nie obojętny wyolbrzymia się w oczach lekarza do zabiegu wprost niebezpiecznego. Ze względu na to, że zapoznanie się z techniką i wybór metody zależy od dokładnej znajomości stosunków anatomicznych, należy je sobie wprzód przypomnieć.

Serce, ustawione w klatce piersiowej skośnie wzdłuż osi, biegnącej od góry, tyłu i strony prawej ku dołowi, przodowi i stronie lewej, posiada jak wiadomo trzy powierzchnie, a to przednią, dolną i tylną.

Powierzchnia przednia serca da się u osobnika żyjącego określić klinicznie pod względem swej rozciągłości wypukaniem t. zw. pola stłumienia bezwzględnego. Ogranicza je od góry linja, przechodząca przez mostkowe końce 4-tej pary żeber i ciągnąca się ku stronie lewej wzdłuż chrząstki 4-go żebra aż poza linję przymostkową. Stąd opada granica bezwzględnego stłumienia sercowego prawie pionowo w dół aż do górnego brzegu chrząstki 6-go żebra, biegnie w dole wzdłuż tej chrząstki aż do mostka, przechodzi przez mostek aż do przyczepu chrząstki 6-go prawego żebra, poczem wznosi się w górę wzdłuż prawego brzegu mostka aż do przymostkowego końca prawego 4-go żebra (Bochenek). Dolna granica stłumienia bezwzględnego przechodzi w stłumienie wątrobowe. Anatomicznie składa się ta powierzchnia z przedniej ściany prawego przedsionka z prawem uszkiem, pokrywającem nieco część wstępującą tętnicy głównej, z przedniej ściany prawej komory, z wąskiego paska ściany przedniej komory lewej tudzież szczytu uszka lewego, przykrywającego od strony lewej częściowo pień t. płucnej. Na granicy między przedsionkiem a komorą prawą przebiega w rowku wieńcowym t. wieńcowa prawa, na granicy między komorami biegnie w rowku podłużnym przednim gałąz zstępująca t. wieńcowej lewej i żyła wielka serca.

Powierzchnia serca dolna składa się idąc od przodu ku tyłowi z małej części dolnej ściany komory prawej, przeważnej części dolnej ściany komory lewej i z części ściany prawego przedsionka. Prawy przedsionek oddziela od prawej komory rowek wieńcowy, w którym biegnie prawa t. wieńcowa aż do rowka podłużnego tylnego a w nim w dalszym ciągu jako gałąź zstępująca tejże tętnicy wspólnie z żyłą środkową do koniuszka serca. Powierzchnię dolną oddziela od pow. przedniej serca brzeg ostry. Na wątrobie, od której jest serce oddzielone przeponą, wyciska ono nieraz zagłębienie sercowe. Stosunek zaś serca do żołądka zależy od stopnia, w jakim się lewy płat wątroby wciśnie między żołądek a przeponę w obrębie jej powierzchni sercowej.

Powierzchnia serca tylna pozostaje w związku z narządami, znajdującymi się w śródpiersiu tylnem a to z przełykiem, piersiową częścią aorty tudzież z śródpiersiową powierzchnią płuc. W opisie tym nie będziemy jej uwzględniać, jako nienadającej się do naszego zabiegu, a to z powodu łatwości zranienia szeregu ważnych narządów.

Już pobieżne zapoznanie się z temi kardynalnemi anatomicznemi datami, nakazuje wybrać do nakłucia serca jedną z dwóch dróg: albo przez klatkę piersiową albo od strony jamy brzusznej. Przeważną ilość zwolenników posiada metoda międzyżebrowa (von den Velden, Asteriades, Lenormand, Esch i w. in.). Ale i przeponowe nakłucie serca ma swoich poważnych przedstawicieli (Henschen, Harttung). Dominująca rola nakłucia międzyżebrowego ma swoją przyczynę w niewątpliwych zaletach natury anatomicznej i łatwości technicznego wykonania. Nie można jednak niedocenić przy omówieniu tego sposobu i pewnych niebezpieczeństw, których istota nasunie się przy rozważaniu szczegółów topograficznych.

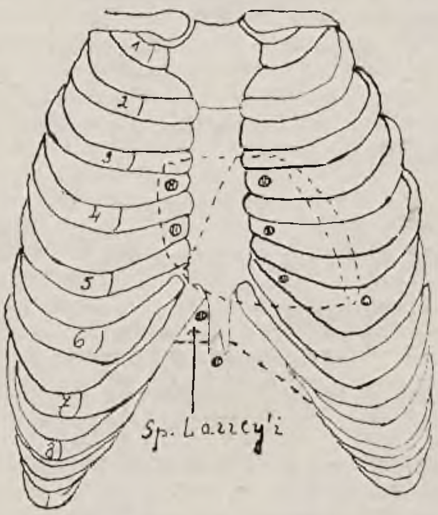
Stosunek przedniej powierzchni serca do linji środkowej ciała o znaczeniu więcej teoretycznem przedstawia się według Braunego w ten sposób, że $^2/_3$ masy serca leży na lewo, a $^1/_3$ na prawo od niej. Praktycznie obchodzić nas może raczej stosunek przedniej powierzchni serca do mostka, a w szczególności, jakie jej części są dostępne od przodu a więc nie pokryte przez mostek. Otóż za mostkiem nie leżą z prawej strony: części prawego przedsionka (są one przykryte przez chrząstki żebrowe 3—6 żebra i mostkowe odcinki 3—5 przestworza międzyżebrowego), a z lewej strony: wielka część prawej i drobna część lewej komory (przykryte chrząstkami 3—5 lewego żebra i 3—5 przestworzem międzyżebrowem). Z naczyń w zakresie ścian klatki piersiowej mą dla nas znaczenie tylko t. sutkowca wewn., ze względu na możliwość jej uszkodzenia. W zakresie przedniej ściany klatki piersiowej leży ta tętnica nieco lateralnie od linji przymostkowej, między m. międzyżebrowym wew. a m. poprzecznym piersiowym i chrząstkami żebrowemi. W stosunku do mostka przebiega ona według badań Sandmanna w odległości około 17 mm według innych 10—15 mm od bocznych jego brzegów, wyjątkowo zaś w jeszcze większej odległości lub poza mostkiem (Corning).

Do dalszych ważnych szczegółów, dotyczących przedniej powierzchni serca należy jej zachowanie się względem worków opłucnowych wzgl. płuc. Przednia powierzchnia serca, pokryta osierdziem styka się bezpośrednio z klatką piersiową w zakresie małej przestrzeni, odpowiadającej polu, ograniczonemu przez rozchodzące się załamki żebrowo-śródpiersiowe opłucny ściennej. Odpowiada ono najniższemu odcinkowi trzonu mostka objętemu przez mostkowe odcinki 4 i 5 przestworza międzyżebrowego, sięga zaś na zewnątrz nieco poza linję przymostkową lewą, również w obrębie tych przestworzy. Zdarza się jednak, że prawidłowy przebieg przednich krawędzi opłucnowych ulega znacznemu odchyleniu od normy tak, że pomiędzy osierdzie a tylną powierzchnię klatki piersiowej wsuwa się w wyżej opisanem miejscu opłucna wraz ze swoją zapasową przestrzenią wolną (zatoka żebrowo-śródpiersiowa), mogąca być całkowicie wypełniona przez nadymające się przy maksymalnym wdechu płuco. Dlatego nie ma nigdy zupełnej pewności, czy w przymostkowym odcinku 4 wzgl. 5 przestrzeni międzyżebrowej natrafi się na osierdzie czy też na opłucną wzgl. płuco (Corning).

Wreszcie należy się zapoznać z zachowaniem się naczyń na przedniej powierzchni serca. Wchodzą tu w grę: t. wieńcowa prawa, biegnąca z żyłą małą serca na granicy przedsionkowo-komorowej, gałąź zstępująca t. wieńcowej lewej, biegnąca z żyłą wielką serca w rowku podłużnym serca, tudzież żyły przednie serca. Wyobrażenie o gęstości siatki naczyniowej na powierzchni serca daje zdanie Brüninga, że stosunek powierzchni unaczynionej do nieunaczynionej da się wyrazić liczbowo jak 1 : 1000 czyli praktycznie rzecz biorąc, musi się „każdy chirurg z tem liczyć, że na powierzchni komór spotka się z większemi gałęziami w odstępach co 2 cm“ (Sauerbruch). Rzut t. wieńcowej prawej na klatkę piersiową wypada na powierzchnię mostka, rowek zaś podłużny przedni wraz z naczyniami biegnie w płaszczyźnie strzałkowej od dołu ku górze i równocześnie od przodu ku tyłowi i tworzy dlatego z poziomą kąt 45 stopni.

Ważniejsze elementy nerwowe, tworzące t. zw. przestrzenie niebezpieczeństw (Henschen) leżą tylko częściowo w przedniej

ścianie serca, dokładniej: w przegrodzie międzyprzedsionkowej i międzykomorowej, w obszarze wiązki Hisa - Tawary, w górnej $1/3$ cz. rowka podłużnego przedniego, u podstawy prawego uszka sercowego, u ujścia obu żył czczych i w tylnej połowie granicy przedsionkowo - komorowej (Bliedung).



(punkty ciemne oznaczają miejsca wkłucia).
Ryc. 1.

Powyższe szczegóły anatomiczne a przedewszystkiem bliskie sąsiedztwo z ścianą klatki piersiowej sprawiły to, że przeważna ilość autorów z von den Veldenem na czele wypowiedziała się za międzyżebrowym sposobem nakłucia serca. Autorowie ci (Asteriades, Lenormant, Richard, Seneque, Blau, Vogt, Howell, Balance i in.) polecają zgodnie przy nakłuciu komory prawej wprowadzać igłę tuż przy mostku i to jedni przez 3, inni zaś przez 4 lub 5 lewe przestworze międzyżebrowe, przyczem igła ma iść pionowo w dół i nieco na wewnątrz. Głębokość wkłucia jest różna, zależnie od tego, czy się chce wstrzyknąć podosierdziowo, do mięśnia czy też do jamy serca. Trudno ją dokładnie oznaczyć ze względu na zmienność przestrzeni między sercem a ścianą klatki piersiowej w różnych jej fazach oddechowych. Na ogół wynosi ona od 4—5 cm.

Przypatrzmy się teraz ewentualnym przeszkodom przy wykonywaniu międzyżebrowego nakłucia serca. Mogą one pochodzić:

a) ze strony kośćca klatki piersiowej,
b) ze strony opłucny i płuc,
c) ze strony naczyń klatki piersiowej i serca,
d) ze strony układu nerwowego serca.

O ile prawidłowa budowa szkieletu klatki piersiowej usuwa wszelką niepewność pod względem orjentacji, o tyle zachodzi ona w całej rozciągłości przy wrodzonych lub nabytych jej zniekształceniach jako to: przy zmianach krzywicowych mostka i żeber, przy wybitnym rozwoju mięśni piersiowych lub znacznej otyłości, przy bliznach po op. na chrząstkach żebrowych i nieprawidłowej kostninie na żebrach lub mostku i t. p. Wszystkie te przyczyny mogą spowodować zmianę stosunków topograficznych klatki piersiowej wzgl. serca a tem samem znacznie utrudnić zabieg ze względu na większą możliwość uszkodzenia naczyń serca lub trzew klatki piersiowej.

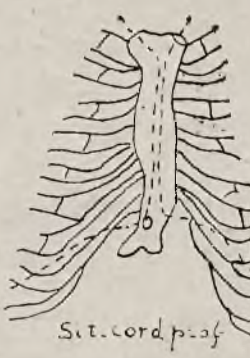
Możliwość zranienia opłucny wzgl. płuca zależy od zachowania się anatomicznego tych narządów i od miejsca wkłucia igły. Podczas gdy wkłucie igły tuż przy mostku w warunkach prawidłowych nie powoduje zranienia płuc ani opłucny, to wkłucie jej w odległości 3—4 cm, od lewego brzegu mostka może to z łatwością spowodować szczególnie przy wdechowem ustawieniu klatki. Pouczający w tym względzie jest przypadek Escha. Wstrzykiwał on w 4 przestworze w odległości 3 cm na lewo od mostka przy równoczesnym sztucznem oddychaniu. W 7 godzin później śmierć. Autopsja wykazała: odmę piersiową z powodu nakłucia opłucny przy równoczesnem energicznem sztucznem oddychaniu. Takim samym wynikiem może się zakończyć nakłucie serca nawet tuż przy mostku przy nieprawidłowym przyczepie opłucny (Tanja), a mianowicie jeżeli krawędź przednia opłucny lewej dochodzi prawie do prawego brzegu mostka, a krawędź opłucny prawej przebiega w linji rzutu prawej tętnicy sutkowej wewnętrznej (ryc. 3).

Niebezpieczeństwo zranienia t. sutkowej wewn. jest małe, jeśli się w myśl badań Sandmanna wkłuwa tuż przy mostku lub $2^1/_2$ cm na lewo od niego. Przypadki nieprawidłowego przebiegu tętnicy są rzadkie i bez większego znaczenia. Obawa zranienia większego naczynia na powierzchni serca jest też znikoma, ponieważ, jak to już podkreślił von den Velden, naczynia usuwają się przed igłą, szczególnie gdy się ją wprowadza powoli a pozatem jest ilość naczyń na powierzchni serca dość skąpa (Brüning). Oględziny pośmiertne nie wykazują też nigdy większego zranienia z haemopericardium i tamponadą, a jak piszą Francuzi „il n'y a pas une goutte du sang epanché dans le pericarde".

Co się zaś tyczy aparatu nerwowego, to jedni badacze stoją na stanowisku jego nietykalności (Henschen) ze względu na możliwość jego porażenia, inni zaś (Vogt, Mönckeberg) sądzą, że ukłucie cienkiej igły a nawet uszkodzenie jakiegoś włókienka niema praktycznego znaczenia, wobec dużej ilości pozostałych, nienaruszonych włókien.

Jak stąd zatem widać, grozi przy nakłuciu międzyżebrowem serca, największe niebezpieczeństwo ze strony opłucny wzgl. płuca. W celu jego uniknięcia polecają jedni (Vogt) wkłucie i wyjęcie igły przy nałożonej strzykawce, inni zaś (Herschen, Harttung) metodę przezprzeponową. Technika tej metody przedstawia się następująco: Lewym palcem wskazującym zaznacza się koniec wyrostka mieczykowatego, igłę zaś wprowadza się pod wyrostek miecz. w płaszczyźnie środkowej skośnie od dołu ku górze i posuwa się wzdłuż tylnej pow. wyr. miecz. na przestrzeni około 2 cm. Teraz kieruje się igłę nieco skośnie ku tyłowi a po przebiciu przepony wnika ona w osierdzie i m. sercowy (ryc. 1.).

Sposób powyższy w rezultacie nie różni się niczem od metody międzyżebrowej. I tą i ową drogą dostaje się lek w końcu do m. wzgl. jamy serca. Ma on jednak tę zaletę, że pozwala nam z całą pewnością uniknąć uszkodzenia opłucny wzgl. płuca i że pozwala nam wykonać zabieg bez względu na fazę oddechową. Ma on też swoje wady (w znaczeniu zasadniczem). Przedewszystkiem przechodzi się — stosując go — właściwie niepotrzebnie igłą przez jamę brzuszną i przebija przeponę, a powtóre natrafia się w przeponie samej na opór, zacierający nam wrażenie, jakie powinniśmy mieć w chwili wprowadzenia igły w masę mięśniową serca. Szczegół ostatni jest ważny ze względu na to, że przy porażeniu akcji serca, gdy mięsień sercowy się nie porusza, kierujemy się tylko wrażeniem oporu i po tem sądzimy czy jesteśmy w mięśniu sercowym czy też nie. Zatarcie tego wrażenia powoduje błądzenie igłą i możliwość wbicia jej za głęboko (uszkodzenie naczyń lub nerwów) lub za płytko (wstrzyknięcie w tkankę przedosierdziową wzgl. w przeponę).

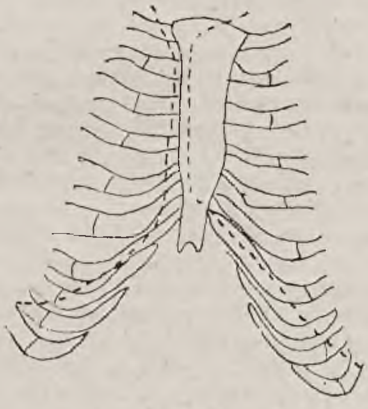


Ryc. 2.

Metoda która chcę na podstawie doświadczeń na zwłokach szczególnie uwzględnić z powodu jej zasadniczych wartości, opiera się na wykorzystaniu dostępu do dolnego odcinka śródpiersia przedniego przez t. zw. przestrzeń przymieczykowatą Larreya. Jest to przestrzeń znajdująca się w kącie pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym i łukiem żebrowym z jednej strony, a przyczepem przepony z drugiej strony. Początek części mostkowej przepony znajduje się na wachlarzowato rozpostartem ścięgnie poprzecznego m. brzucha i tylnej pow. wyrostka miecz., a to w przeważnej części pod nim, w mniejszej na wysokości wolnego jego końca (ryc. 1). W ten sposób powstaje wyżej wspomniana trójkątna przestrzeń, prowadząca do jamy piersiowej, wypełnionej tuż po za nią luźną tkanką łączną a w dalszym ciągu do przedniego dolnego uchyłka osierdzia. W obrębie tej przestrzeni przylega serce za pośrednictwem osierdzia wprost do przedniej ściany klatki piersiowej tak, że nakłucie jego w przestrzeni przymieczykowatej może się odbyć bez obawy naruszenia płuca lub opłucny, nawet przy krańcowem ustawieniu wdechowem za wyjątkiem głębokiego ułożenia serca, gdzie osierdzie nie styka się nigdzie z ścianą kl. piersiowej (Ruge) (ryc. 3) lub przy krańcowem przesunięciu przyczepu opłucny na lewo (Tanja) (ryc. 4). Nie narusza się przytem przepony, nie przechodzi igłą przez jamę brzuszną (jak w sposobie Henschena)

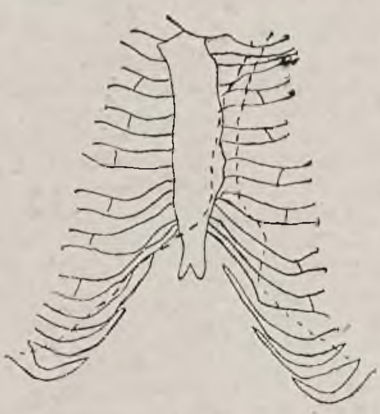
a opór masy mięśniowej napotkany w głębi klatki piersiowej pochodzić może w tym przypadku tylko od m. sercowego.

Technika tego sposobu przedstawia się następująco: lekarz staje po prawej stronie chorego i 2 lub 3 palcem ręki lewej wymacuje prawy kąt przymieczykowaty. Następnie wbija weń mniej więcej pod kątem 45 stopni igłę długości około 8 cm i wprowadza



Ryc. 3.

mniej więcej w kierunku przedłużenia linji łuku żebrowego prawego skośnie ku dołowi i stronie przyśrodkowej. Kierunek ten nie da się zupełnie dokładnie określić, bo zależy od fazy oddechowej kl. piersiowej i od rozwartości kąta między łukami żebrowemi. Natrafia się wówczas na opór pochodzący jedynie od mięśnia sercowego i jeżeli się chce wstrzyknąć do mięśnia, wykonuje się to, jeżeli zaś do komory, idzie się nieco głębiej i aspiruje krew, poczem dopiero wstrzykuje.



Ryc. 4.

Trzeba się jednak przy tym sposobie liczyć z możliwością nakłucia t. nadbrzusznej górnej, przechodzącej ku dołowi przez przestrzeń Larreya, tak jak zresztą trzeba się liczyć z możliwością nakłucia t. sutkowej wewn. przy sposobie międzyżebrowym lub naczyń serca przy każdej z tych metod. Możliwość ta jest jednak mała, ponieważ naczynia usuwają się zwyczajnie z pod ostrza igły. Dokonane nawet nakłucie tętnicy tych rozmiarów, co t. nadrzuszna górna nie przedstawia większego niebezpieczeństwa a nawet jest stosowane dla celów rozpoznawczych (nakłucie t. spryłchowej sposobem Kürtena).

Dla uzupełnienia chcę jeszcze dodać, że Hesse polecił nakłuwanie lewej komory przez 4 wzgl. 5 przestworze międzyżebrowe ne lewej granicy stłumienia serca (ryc. 1). Sposób ten nie znalazł naśladowców gdyż nie jest należycie teoretycznie uzasadniony, a powtóre dość ryzykowny ze względu na możliwość uszkodzenia płuc.

Nakłuwanie prawego przedsionka (w celu odciążenia serca) z prawej połowy kl. piersiowej po prawej stronie mostka (ryc. 1), jest niepewny (von den Velden), chociaż Gang z powodzeniem ją stosuje.

Piśmiennictwo.

Asteriades: Presse Medical 1925. — Blau: D. Med. W. 1921. Nr. 30. — Bliedung: M. Med. Woch. 1922. H. 9. — Hesse: M. M. W. 1919. Str. 563. — Henschen: Schweiz. Med. W. 1920. Nr. 14. — Külbs: M. m. W. 1922. Str. 797. — Vogeler: D. m. W. 1920. — Vogt: D. m. W. 1921. Nr. 49. — Volkmann: D. m. W. 1919. Nr. 35. — Zuntz: M. m. W. 1919. Str. 562. — Lenormant, Richard et Seneque: Presse Med. 19. 1924. Nr. 22. — Esch: M. m. W. 1916. Nr. 22. — Kneier: D. m. W. 1921. Nr. 49. — W. B. Howell: Lancet T. 207. Nr. 15. — Troickaja: Ref. w. Ctrl. org. f. d. ges. Chir. 1925. Str. 178. — Bardier, E. i A. Stillmunkes: Ref. w Centr. ges. Chir. Str. 625. 1924. — Meyer: Jahrb. f. Kinderheilk. T. 107. 1924. — Petit Dutaillis: Paris Medical 1924. Nr. 27. — Roulland: Gynecologie Nr. 1. rocz. 23. — Czarnocki: Pol. Gaz. Lek. 1922. Nr. 36. — Hinze: Przegl. Lek. 1919, zesz. 27. — Crile Dennis: Surg. gin. a. ob. T. 35. Nr. 6. — Bodon: Lancet 1923. T. 204. — Ballance: Surg. of the heart. — Körbler: Arch. f. klin. Chir. T. 150. 1928. — Sauerbruch: Chir. d. Brust Org. T. II. — Harttung: Bruns Beitr. Bd. 129. 1923.

WYKŁAD KLINICZNY.

Prof. Dr. W. SIERADZKI. Lwów.

Dziecko w kryminalistyce.

Wykład wygłoszony na kursie opieki nad dziećmi anormalnemi, urządzonym przez Zarząd miasta Lwowa.

Przedmiot dzisiejszego wykładu o dziecku w kryminalistyce stanowi zagadnienie bardzo obszerne a przytem ogromnie doniosłe. Możnaby je rozważać z różnego punktu widzenia a więc ze stanowiska pedagogicznego, lekarskiego, sądowego, policyjnego a wreszcie społecznego, każdy zaś z tych kierunków badania wymagałby dla szczegółowego przedstawienia wielogodzinnych wykładów. Mijałoby się to z celem tego na wskróś praktycznego kursu, dlatego też dzisiaj starać się będziemy tylko w najogólniejszych zarysach oświetlić sprawę dziecka przestępczego, wskazać na jej znaczenie w różnym kierunku, wyprowadzić wreszcie pewne zasadnicze linje postępowania celem zapobiegania i zwalczania przestępstwa u dzieci.

Przestępstwem jest każdy czyn, wykraczający przeciw pewnym przyjętym zasadom lub przepisom. Przestępstwo wzięte w znaczeniu szerokiem jest pojęciem względnem, zależy bowiem od treści tych zasad czy przepisów, którym się sprzeciwia. Dla sądu jest przestępstwem czyn, który jako czyn przestępczy określony jest przez kodeks karny, czyny bowiem, których nie ma wymienionych w kodeksie karnym, są dozwolone. Ze stanowiska religji pojęcie przestępstwa czyli grzechu odbiega niejednokrotnie od treści kodeksu karnego. Wszakże zgrzeszyć można i myślą, czego sądy zupełnię nie dochodzą, ani nie karzą. W szkole, w różnych instytucjach są osobne przepisy, których przekroczenie stanowić będzie też przestępstwo w najszerszem słowa znaczeniu. Wogóle w każdem społeczeństwie istnieją pewne zasady moralne, czyli etyczne, których treść i rozmiar zależy od rozwoju kulturalnego tego społeczeństwa. Nic więc dziwnego, że inną była moralność człowieka pierwotnego, inną też jest człowieka dzisiejszego, lecz żyjącego jeszcze w stanie dzikości, niż etyka świata cywilizowanego, zawarta w zasadach religji, w kodeksach karnych, w przepisach społecznych, w pojęciach o honorze, szlachetności i uczciwości. Ażeby być człowiekiem etycznym, trzeba zatem przedewszystkiem poznać zasady moralności, przyswoić je sobie należycie i wreszcie mieć zdolność postępowania w myśl tych zasad a unikania tego, co się im sprzeciwia.

Dziecko — a mówię tu o dziecku zupełnie normalnem — nie przynosi ze sobą na świat żadnych zasad czy poczuć moralnych, nie jest więc ani wrodzoną ani odziedziczoną świadomość etyczna lub dążność do postępowania etycznego. Dziecko natomiast posiada zdolności do wykształcenia u siebie pojęć i poczuć etycznych, przynosi przytem na świat pewne wrodzone a między innemi i odziedziczone z rodziców i przodków właściwości centralnego układu nerwowego, które raz łatwiej raz trudniej pozwalają mu się rozwinąć intelektualnie i etycznie, które też łącznie z wpływami od zewnątrz stanowią o całej jego późniejszej indywidualności i wartości. Dziecko kieruje się z początku bezwzględnym egoizmem, wszystkiego, co wychodzi poza popęd do utrzymania siebie samego, musi się dopiero nauczyć a między innymi nauczyć się musi odróżniania złego od dobrego a w dalszym ciągu wykształcić zdolność wyboru postępowania między złem a dobrem. Uczy się ono tego już samo na podstawie własnego doświadczenia, uczy się przedewszystkiem przez przykład i naśladownictwo, uczą go bezpośrednio rodzice, później szkoła, życie i społeczeństwo. Rozwój dziecka tak pod względem intellektualnym jak i etycznym zależeć będzie od wielu czynników a więc przedewszystkiem od jego przyniesionej na świat konstytucji centralnego układu nerwowego, stanowiącej o jego zdolności do rozwoju,

oraz od wpływów zewnętrznych, jakie nań od zarania życia działają. U dziecka normalnego, pomimo wielkiej różnolitości jego właściwości wrodzonych, istnieją zawsze zdolności do wykształcenia etycznego, należy sobie jednak zdawać sprawę z tego, że właśnie ta strona życia psychicznego, która stanowi ukształtowanie się etyczne, rozwija się najtrudniej i najpóźniej, wymaga też najwięcej pracy od zewnątrz, największej troskliwości wychowawców. Zadanie wychowawcy jest wielkie i trudne; znaczna różnica w typach dzieci, zupełnie zresztą normalnych, wymaga indywidualizacji postępowania, są też — jak uczy doświadczenie codzienne — dzieci trudne i łatwe do prowadzenia, zawsze jednak, o ile dziecko jest normalne, można je doprowadzić do takiego stopnia rozwoju etycznego, że potrafi ono zastosować się do przepisów społecznych i wyrobić się na człowieka, od którego może społeczeństwo żądać odpowiedzialności za popełnione czyny. Jeżeli więc dziecko popełni, a zwłaszcza popełnia często jakieś czyny przestępcze, to przyczyna tego leżeć może albo w nienormalności jego konstytucji psycho-nerwowej, albo w brakach i błędach wychowania. Gdy zaś konstytucję nienormalną odnieść się musi przedewszystkiem do rodziców lub przodków, do różnych ich chorób i nałogów jak np. alkoholizm, syfilis i t. p., brak wychowania w pierwszej linji pochodzi z winy rodziców, przeto usprawiedliwionem jest biadanie słynnego filozofa Nietzschego*), który mówi: „któreż dziecko nie miałoby powodu płakać nad swoimi rodzicami"?

Wychowanie więc stanowi czynnik, który dziecko może powstrzymać od przestępstwa a dziecko już przestępcze od niego odzwyczaić. Wychowanie to prowadzą rodzice i szkoła, a zaznaczyć należy, że szkole przypada tu zadanie poważne, w szkole bowiem dziecko, stykając się z rówieśnikami, nabiera pierwszych doświadczeń życia socjalnego a przepisy szkolne stanowią dlań pierwszy ściśle określony kodeks karny. Nie mogę tu wchodzić w metody wychowawcze, zaznaczę tylko, że aczkolwiek dziecko nie może posiadać jeszcze pełnej odpowiedzialności za swoje czyny, to jednak wśród tych metod karanie jest jednym ze środków, których uniknąć niepodobna. Nie będzie to kara w tem klasycznem znaczeniu jako odpłata czy zadośćuczynienie za popełnioną winę, gdyż od dziecka wymagać nie można jeszcze pełnego zrozumienia winy i tej własności duchowej, którą nazywamy wolną wolą. Kara u dzieci i niedorostków może mieć wyłącznie cel pedagogiczny, ona winna nauczyć dziecko, że taki lub owaki czyn jest zły, ma je odstraszyć od powtórnego popełnienia go, ma wreszcie dać mu świadomość, że jest nad niem pewien autorytet, któremu ono winno być posłuszne. Że zaś dziecko każde jest instrumentem ogromnie delikatnym, że nadto dzieci wskutek właściwości konstytucjonalnych niezmiernie się między sobą różnią, wynika z tego, jak ostrożnie i umiejętnie stosować należy taki środek wychowawczy, jakim jest kara.

W szczególności wiele już mówiono i pisano o karze cielesnej u dzieci a zapatrywania w tym względzie były bardzo rozbieżne. W dawniejszych czasach kara cielesna stosowana była na wielką skalę nietylko w domu przez rodziców, ale również w szkole, następnie we wojsku, przez władze policyjne a nawet sądowe. Później potępiono i zarzucono ją zupełnie, przytaczając ważne argumenty za jej zniesieniem i dotychczas stoi na ogół pedagogja na tem stanowisku, popieranem również i przez czynniki lekarskie, które w karze cielesnej widzą niebezpieczeństwo dla zdrowia cielesnego i psychicznego dzieci. Zauważyć jednak należy, że zapatrywanie to nie jest bynajmniej powszechne, że właśnie w ostatnich czasach pojawiają się głosy za powróceniem do kary cielesnej, stosowanej indywidualnie, w sposób rozumny i ostrożny. Liczne zastrzeżenia jednak, stawiane przez samych zwolenników kary cielesnej przy jej stosowaniu, uczynić z niej mogą, co najwyżej, środek bardzo wyjątkowy, poza domem rodzicielskim, gdzie mimo wszystko pozostanie ona jedną z tradycyjnych metod wychowawczych. Że i w rękach rodziców, zwłaszcza jeżeli są to ludzie o niskiej kulturze lub pobudliwi i drażliwi, może kara cielesna stać się środkiem wprost niepedagogicznym a niekiedy i niebezpiecznym, nie ulega wątpliwości, stosowana jednak przez rodziców oszczędnie i rozumnie nie da się bezwzględnie potępić. Wbrew utartemu mniemaniu nadaje się ona raczej dla dzieci młodszych, do których jeszcze argumenty perswazji nie trafiają, a natomiast lekki, nieszkodliwy fizycznie klaps po ręce lub siedzeniu pouczy je łatwo, że jakieś działanie jest złe, przeżycie zaś to pozostanie w pamięci dziecka i może je odstraszyć od ponownego popełnienia danego wykroczenia. Starszym dzieciom wystarczy mniej lub więcej częste tłumaczenie złych stron uczynku, przemawianie do uczucia i ambicji, zagrożenie skutkami i t. p., aczkolwiek również u dziecka starszego o pewnym typie psychicznym może być kara cielesna niekiedy wskazana, jednak tylko jako środek wyjątkowy i pomocniczy.

Mówiąc dotychczas o przestępstwie u dzieci, rozumieliśmy przez to wogóle wszelkie wykroczenia u dzieci przeciwko zwyczajnym zasadom porządku domowego czy szkolnego, wszelkie działania dziecka, które mogą jemu samemu przynieść szkodę, wszelkie wreszcie czyny, które zwłaszcza w odpowiedniem powiększeniu mogą być szkodliwe dla otoczenia, dla rodziców, rodzeństwa, rówieśników, współuczniów, nauczycieli i innych osób. Te drobne, codzienne postępki nie mają jeszcze znaczenia kryminalnego, ale właśnie na ich korygowaniu polega głównie wychowanie dziecka, rozbudzenie w nim pojęć i poczuć etycznych, wpojenie mu przeświadczenia o istnieniu pewnych praw i władzy, wdrożenie go stopniowe do życia społecznego, które w rozliczych kierunkach ogranicza swobodę działania ludzkiego. Zwalczać więc będziemy u dziecka takie wady jak np.: brak czystości ciała i ubrania, nieszanowanie rzeczy własnych i cudzych, nieposłuszeństwo przy wykonywaniu rozkazów, a zwłaszcza nieprzestrzeganie zakazów, upór, złość, łakomstwo, nieuczynność i zazdrość, później nadmierną skłonność do psot, wreszcie lenistwo i zaniedbywanie obowiązków szkolnych. To wszystko spotykamy prawie u każdego dziecka, aczkolwiek w różnym stopniu i nasileniu. Możemy spotkać u dzieci nadto kłamliwość i nieszczerość, dokuczliwość i złośliwość, wreszcie nadmierną pożądliwość rzeczy cudzych, prowadzącą do ich przywłaszczania sobie, co już stanowi pierwocinę kradzieży. Są to już przywary gorsze, jednakże same przez się i w nasileniu nie nadmiernem ani nie świadczą o nienormalności dziecka ani też nie pozwalają pesymistycznie patrzeć na jego przyszłość, mogą być bowiem przejściowe i ustąpić pod wpływem wychowania.

Dziecko jednak i osobnik nieletni może popełniać czyny karygodne stopnia cięższego, zagrożone już przepisami kodeksu karnego. Staje się ono wówczas przestępcą w ścisłem tego słowa znaczeniu, a przed społeczeństwem staje trudny do rozwiązania i niesłychanie ważny problem postępowania z takiemi nieletnimi przestępcami oraz walki z tem zjawiskiem. Rozumie się samo przez się, że te czyny zbrodnicze popełniają już dzieci starsze, gdyż całkiem małe nie mają do tego jeszcze ani sposobności ani dostatecznych sił fizycznych. Zdarzają się jednak przestępstwa kryminalne nawet u dzieci małych poniżej 10-go roku życia, odnośnych zestawień jednak w tym względzie nie posiadamy, gdyż czyny karygodne takich małych dzieci nie są przedmiotem dochodzenia sądowego, a dziecko tego rodzaju pozostawia się karności domowej. Niebezpiecznym natomiast okresem życia jest t. zw. nieletność, której granice różne ustawy karne różnie określają, ale naogół obejmuje ona okres życia od 10 do 18 lat. Liczba przestępstw przez takich nieletnich popełniana jest znaczna, a co gorsza, ma tendencję do powiększania się. I tutaj trudno jest zebrać dokładną statystykę, zwłaszcza statystykę porównawczą między poszczególnymi krajami a to ze względu na różnolitość ustawodawstw i odmienny sposób robienia zestawień. Dla zorjentowania się podaję tylko kilka cyfr, obliczonych przeze mnie na podstawie statystyki niemieckiej za lata dawniejsze z końca XIX wieku (1882—1896). Według kodeksu karnego niemieckiego do przestępców młodocianych, traktowanych w sposób odrębny, należą osobniki od lat 12—18. Otóż na 100 przestępców starszych t. j. od ukończonego roku 18 począwszy przypada prawie 7 przestępców młodocianych. Stosunek taki wydaje się na pozór niezbyt rażący. Jeżeli jednak uwzględnimy, że wśród ludności jest o wiele więcej osobników od lat 18 do późnej starości, niż młodzieży między 12 a 18 rokiem życia i obliczymy udział w przestępstwie procentowo w stosunku do pewnej stałej liczby osób tych dwu grup wieku, to się okaże, że na 1000 osobników starszych przypada przestępców około 12, na 1000 zaś osobników młodocianych 6, a więc zaledwie o połowę mniej. Zauważa się, że do przestępstw nie wliczono tutaj włóczęgostwa i żebractwa, w których nieletni biorą z pewnością większy udział niż dorośli. Jak wielkie są te zastępy młodocianych przestępców wskazuje np. fakt, że w samej Warszawie w ciągu roku od 1-go września 1919 do 1 września 1920 stanęło przed sądem 2524 nieletnich do lat 17.

Skłonność więc do przestępstwa osobników młodocianych, które przecież przeważnie pozostają jeszcze pod opieką i nie są w pełni narażone na walkę o byt, jest ogromna. Tłumaczy się to właściwościami psychicznemi młodego wieku, w którym wprawdzie istnieć może już dostatecznie rozwinięta świadomość złego i dobrego, natomiast zdolność opanowania się, doznawania nietylko obawy ale i wstrętu przed złym uczynkiem nie jest jeszcze należycie wykształcona. Żywość umysłu, wrażliwość i pobudliwość, ciekawość, chęć naśladowania starszych, silne popędy, żądza posiadania i przyjemności na tle naturalnego egoizmu wieku

---

*) Zarathustra: I. O dziecku i małżeństwie.

młodego są to wszakże powszechne właściwości osobnika nieletniego i one to właśnie czynią go podatnym do wszelkich wykroczeń. Do wstąpienia na złą drogę popychają go ostatecznie najrozmaitsze okoliczności zewnętrzne, a więc między innemi, obok niedostatku materjalnego, zbytnia swoboda, złe towarzystwo, przedwczesne oddawanie się pracy zarobkowej, pokusy wielkiego miasta, nieodpowiednie przedstawienia teatralne i kinowe, używanie alkoholu i t. p. a więc czynniki, które tak wiele zajmują miejsca w obrazie życia współczesnego. Czyny karygodne młodocianych obejmują głównie tylko pewne rodzaje zbrodni. Najczęstszą jest kradzież, stanowiąca od 1/2 do 2/3 wszystkich przestępstw nieletnich. Częste są pozatem uszkodzenia cudzych rzeczy, uszkodzenia cielesne nietylko lekkie, lecz również ciężkie, na wsi podpalania, a wreszcie w wieku pokwitania płciowego przestępstwa przeciw obyczajności, stojące w związku z wybujałym w tym czasie a niedostatecznie hamowanym popędem płciowym. Dodać należy, że jak wogóle wśród przestępców przeważają znacznie mężczyźni nad kobietami, tak i wśród młodocianych stwierdza się analogiczny stosunek obu płci, około 5 : 1, przyczem jednak pewnym równoważnikiem przestępstwa u płci żeńskiej jest prostytucja, nie dająca się wprawdzie ująć w ścisłe cyfry, ale niewątpliwie bardzo rozpowszechniona.

Zjawisko przestępstwa młodocianych zwróciło już dawno uwagę kryminologów i socjologów, zwłaszcza od czasu, gdy przekonano się, że walkę z przestępstwem wogóle oprzeć należy na nowych podstawach, wedle których celem kary jest nietyle zadośćuczynienie za popełniony czyn karygodny, ile ochrona społeczna przed przestepcą, poprawienie i zapobieganie przestępstwu. O ile jednak walka z przestępstwem u osób dorosłych daje dotychczas — co prawda przy użyciu tylko połowicznych środków — stosunkowo małe wyniki, o tyle odpowiednia działalność w zwalczaniu przestępstwa młodocianych pozwala rokować duże nadzieje. Przestępca nieletni to materjał, który przedewszystkiem ratować należy i uratować można, a największe wysiłki na tem polu opłacą się sowicie, podczas gdy bez odpowiednich środków ratunkowych będzie to osobnik zupełnie zgubiony, stały szkodnik społeczny, przyszły niepoprawny i coraz cięższy zbrodniarz.

Główną przyczyną przestępczości dzieci nieletnich jest, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, przedewszystkiem brak odpowiedniego wychowania, które ma rozwinąć u dziecka pojęcie i uczucia etyczne. Wszelka więc działalność, która wpływa dodatnio na wychowanie dzieci szerokich mas ludności a więc podniesienie ogólnej kultury i dobrobytu zmniejsza kontyngent późniejszych przestępców. Ośrodkiem wychowawczym jest i pozostać musi przedewszystkiem dom rodzicielski. Tam jednak, gdzie dziecko niema jednego lub obojga rodziców, tam zwłaszcza, gdzie rodzice stoją sami nisko pod względem moralnym lub są wprost przestępcami, gdzie wreszcie nędza nie pozwala rodzicom należycie zaopiekować się dziećmi, tam winno wkroczyć społeczeństwo i podjąć samo w sposób właściwy ciężar wychowania tych nieszczęśliwych zaniedbanych dzieci, aby je na przyszłość uchronić od przestępstwa.

Gdy jednak osobnik nieletni popełnił już przestępstwo, należy go w sposób właściwy ratować. W tym względzie właśnie ostatnie dziesiątki lat przyniosły nam nowe zasady, odbiegające od dotychczasowych przepisów ustaw karnych, których też zmiana w tym właśnie kierunku stopniowo się dokonywa. Wprawdzie już dotychczasowe ustawy karne uwzględniały wiek przestępcy, do pewnej granicy wieku, różnej w różnych krajach, dzieci zupełnie nie karały, powyżej tej granicy zaś, znowu do pewnego wieku, karały łagodniej, jednakże poza tem nie traktowały odmiennie przestępców młodocianych od dorosłych, nie stosowały do nich odpowiednich środków poprawczych i, co najgorsze, nie troszczyły się o dalszy ich los. Następstwa tego były wprost smutne. Przestępca nieletni, pociągnięty do odpowiedzialności przed sąd wsposób taki sam jak człowiek dojrzały, nietylko nie zostanie poprawiony, ale ulegnie dalszemu zepsuciu, prowadzącemu do zupełnego zatracenia. Sam fakt znalezienia się w sądzie, formalności związane z postępowaniem karnem stają się dla takiego dzieciaka czemś, co go wbija w dumę, bawi go raczej niż odstrasza, skłania do wykrętów i kłamstwa, jednem słowem wpływa ze swej strony bardzo niekorzystnie na jego i tak już słabą moralność. Wprost zabójczem jest więzienie dla młodocianego przestępcy czy to w postaci aresztu śledczego, czy też już kary wymierzonej wyrokiem sądowym. W więzieniu spotyka się on ze zbrodniarzami starszymi, częstokroć zawodowymi, od których uczy się rzemiosła zbrodniczego, więzienie, zwłaszcza krótkie, a na takie właśnie, przy zastosowaniu okoliczności łagodzących ze względu na wiek skazywani bywają nieletni, stanowi dlań pobyt wcale nie przykry, ewentualnie nawet przyjemny, tak, że ostatecznie po wypuszczeniu go na wolność, staje się on gotowym rzezimieszkiem, nie odczuwającym nietylko wstrętu do złego ale i nie mającym żadnej obawy przed jego następstwami.

Nic więc dziwnego, że już dawniej na gruncie istniejących ustaw karnych starano się przez odpowiednie zarządzenia usunąć choć w części złe strony postępowania z przestępcami nieletnimi. Korzystając z odnośnego brzmienia ustawy, wydawano liczne wyroki uwalniające, sprawy nieletnich przestępców oddawano osobnym wytrawnym sędziom lub trybunałom, traktującym je ze szczególną rozwagą i subtelnością, przestrzegano, aby nieletni nie stykali się z przestępcami dorosłymi i t. p. Wszystko to jednak są tylko środki częściowe, nie mogące wyrównać zasadniczych błędów i braków ustawy.

To też potrzebę nowych gruntownych zmian w ustawie karnej i w postępowaniu karnem względem nieletnich przestępców odczuwa się coraz powszechniej a ostatecznym argumentem, który tę sprawę uczynił aktualną a nagłą, było z jednej strony stwierdzenie silnego wzrostu przestępczości wśród młodzieży, z drugiej zaś nadzwyczaj korzystne rezultaty osiągnięte przedewszystkiem w Stanach Zjednoczonych, Australji i Anglji, gdzie najwcześniej i w sposób radykalny odrzucono zupełnie odpowiedzialność karną nieletnich poniżej dosyć wysokiej granicy wieku, usunięto karę i zastąpiono ją wyłącznie zastosowaniem środków wychowawczych i poprawczych, kierowanych tylko celowością. Z natury rzeczy wynika, że w rozwiązaniu tego trudnego zagadnienia spotyka się wśród prawników i socjologów poważne różnice zdań, obok kierunków zupełnie radykalnych istnieją i więcej umiarkowane, takie kwestje jak granica wieku, rodzaj środków wychowawczo - poprawczych, ich organizacja i uprawnienia, stosunek do rodziców, sądów i władz administracyjnych dawały i dają temat do licznych dyskusyj, ostatecznie jednak ta doniosła sprawa ruszyła wszędzie z miejsca i albo znalazła już albo zbliża się do rozwiązania. W szczególności posiada już od roku 1908 Anglja, od roku 1912 Belgja, a od roku 1912 Francja odpowiednie ustawy, odpowiadające mniej lub więcej postulatom nauki na tem polu. U nas w Polsce sprawa ta znalazła też pełne zrozumienie wśród prawników. Komisja kodyfikacyjna, powołana do opracowania jednolitego ustawodawstwa dla całej Rzeczpospolitej, nie czekając na ukończenie prac nad całością kodeksu karnego, wygotowała już z końcem roku 1921 projekt osobny ustawy „O sądach dla nieletnich“, uwzględniającej w sposób umiarkowany i rozważny najnowsze prądy w nauce, która też po wprowadzeniu jej w życie pozwoli i u nas oprzeć walkę z przestępczością młodzieży na nowych racjonalnych podstawach.

Niestety ustawa ta, tak piękna i potrzebna dotychczas ani uchwalona przez ciała ustawodawcze ani wprowadzona dekretem Prezydenta Rzpltej i, o ile sięgają moje informacje, nie ma widoków na rychłe wejście jej w życie, prawdopodobnie czekać ona będzie na wygotowanie całości nowego, wspólnego dla całej Polski kodeksu karnego. Nie mogę tu wchodzić w jej szczegóły, zaznaczę tylko, że według tej ustawy „nie ulega odpowiedzialności karnej osobnik przed ukończeniem lat 13, oraz nieletni w wieku od 13 do 17, który popełnił czyn bez rozeznania t. j. nie osiągnąwszy jeszcze rozwoju umysłowego i moralnego w takim stopniu, by rozumieć istotę i znaczenie popełnionego czynu i kierować swojemi postępkami“. Do takich nieletnich sąd ma stosować tylko środki wychowawcze. Nieletniego zaś, w wieku od 13 do 17 lat, który popełnił czyn karygodny z rozeznaniem, sąd skazuje na umieszczenie w zakładzie poprawczym a w pewnych wypadkach i od tego może odstąpić, zastosować tylko środki wychowawcze lub zawiesić umieszczenie w zakładzie poprawczym na czas od roku do lat 3. Ustawa określa bliżej rodzaj i istotę środków wychowawczych, przewiduje instytucję opiekunów przez sąd powołanych, towarzystwa, patronaty i inne instytucje wychowawcze, zakłady prywatne lub państwowe tak wychowawcze jak i poprawcze, normuje odpowiedzialność osób dorosłych powołanych do czuwania nad nieletnimi, określa ustrój sądów dla nieletnich i postępowanie w nich obowiązujące, wspomina wreszcie osobno o postępowaniu z nieletnimi, psychicznie nienormalnymi. Ustawa ta, jak wynika z jej treści, wymaga różnych urządzeń, pewnej przebudowy struktury społecznej, niemałych też nakładów pieniężnych i to — zdaje się — było głównym powodem, że czynniki miarodajne nie zdecydowały się dotychczas na jej wprowadzenie w życie. Jako przygotowanie do niej uważać należy postanowienia nowego, wspólnego dla całej Polski kodeksu postępowania karnego, który zacznie obowiązywać od 1-go lipca 1929 a w którym istnieją osobne przepisy postępowania w sprawach przestępstwa nieletnich. Między innemi znajduje się tam zarządzenie, aby przy każdym sądzie dla nieletnich znajdowało się schronisko w celu tymczasowego umieszczania nieletnich do lat 17, przynajmniej zaś

osobny oddział więzienia lub aresztu, gdzieby nieletni nie mógł się stykać z więźniami dorosłymi. Samo postępowanie jest uproszczone, lub w sposób odpowiedni zmienione w porównaniu z postępowaniem wobec przestępców dorosłych, osobny zaś artykuł ustawy zaznacza wyraźnie, że dochodzenie w sprawach przestępstw nieletnich ma na celu ustalenie: a) okoliczności czynu zarzuconego nieletniemu, b) stopnia rozwoju umysłowego i moralnego, oraz innych danych niezbędnych do ustalenia, czy nieletni działał z rozeznaniem, c) charakteru i przeszłości nieletniego, warunków, w jakich żył i wychowywał się, stosunków moralnych jego i jego rodziny oraz środków nadających się do jego poprawy; wreszcie może sędzia w razie potrzeby zarządzić badanie lekarskie.

Są to wszystko przepisy bardzo ważne i cenne, jednakże poza niemi obowiązują postanowienia dotychczasowych ustaw karnych a więc w Małopolsce ustawy austrjackiej, w Wielkopolsce niemieckiej, na obszarze byłego zaboru rosyjskiego rosyjskiej. Wszystkie te ustawy uwzględniają wprawdzie wiek sprawcy, w poszczególnych ustawach w różnych granicach, a nawet jego rozwój umysłowy i moralny i bądź uwalniają w odpowiednich przypadkach przestępcę młodocianego od winy, bądź też wymierzają karę łagodniejszą, jednakże poza tem karzą nieletnich w ten sam sposób jak dorosłych, aresztem czy więzieniem, i nie troszczą się o dalszy jego los, w szczególności nie stosują racjonalnych środków jego poprawy. Nie zawierają więc tego, co według nauki i poczynionego już doświadczenia w innych krajach stanowi najważniejszą i najskuteczniejszą broń w walce z przestępstwem nieletnich.

W ten sposób przedstawiłem istniejący obecnie stan rzeczy w sprawie przestępstwa nieletnich oraz postulaty na przyszłość. Dotychczasowy brak odpowiedniej ustawy u nas nie powinien prowadzić jednak do rezygnacji i do czekania z założonemi rękami na wejście w życie ustawy. Przeciwnie, społeczeństwo powinno się na nią już teraz przygotować przez działalność na polu wychowania powszechnego, przez tworzenie towarzystw i instytucyj wychowawczych i poprawczych dla dzieci zaniedbanych, ewentualnie już przestępczych, gdyż akcja taka społeczna nie oparta nawet o odpowiednią ustawę może działać zapobiegawczo przeciw przestępczości u dzieci i przynieść nadzwyczaj wydatne owoce. Wszyscy ci, którzy stykają się z dzieckiem, jak również ci, którzy z zawodu swego obserwują nieletniego przestępcę, wszyscy wreszcie ludzie dobrej woli powinni jąć się na tem polu pracy, państwo bowiem nie może samo wszystkiego wziąść w rękę, natomiast wraz z czynnikami samorządowemi nie poskąpi pomocy dla usiłowań społecznych w tym kierunku.

W powyższych wywodach mówiłem o dziecku normalnem, unikając rozmyślnie wzmianki o osobnikach pod względem psychicznym nieprawidłowych. Sprawa przestępców nieletnich nienormalnych jest ze swej strony bardzo ważna i wymaga osobnego omówienia, na tle jednak tego, cośmy powiedzieli o dziecku przestępczem wogóle, możemy się z nią załatwić w stosunkowo niedługich uwagach.

Stwierdziliśmy, że dziecko normalne posiada zdolności rozwoju tak intellektualnego jak i moralnego. Moralność nabywa się przez wychowanie, a choć między dziećmi istnieją znaczne różnice indywidualne, to jednak, o ile dziecko jest normalne, każde raz łatwiej raz trudniej może w odpowiednich warunkach osiągnąć taki stopień rozwoju intellektualnego i moralnego, że ostatecznie będzie mogło przystosować się do wymogów życia socjalnego i w danym razie stanie się zdolne do powstrzymania się od przestępstwa. Istnieją jednak wśród ludzi wogóle, a wśród dzieci w szczególności liczne stany zboczeń psychicznych od normy, które stoją na pograniczu między zdrowiem a chorobą psychiczną lub stanowią już wprost lżejsze postacie chorób umysłowych. O zboczeniach tego rodzaju mówiono już obszerniej w poprzednich wykładach tego kursu. Ze względu na przestępczość szczególniej ważne są stany nienormalności, objęte nazwą psychopatji, obok nich lekkie postacie niedorozwoju psychicznego lub wreszcie kombinacja obu tych nienormalności. Dzieci takie nie bywają powszechnie uważane za psychicznie chore, przy zewnętrznej obserwacji nie odbiegają w sposób wyraźny od przeciętnego otoczenia, obracają się też w świecie swobodnie, wchodząc w życie na równi z osobnikami normalnemi. Otóż w tej grupie dzieci nienormalnych znajduje się pewną część takich, u których przyswojenie zasad etycznych następuje bardzo trudno i niezupełnie, które też w działaniu swem pozbawione hamulców etycznych kierują się wyłącznie egoizmem i surowemi a silnemi popędami, wskutek czego popadają stale w konflikt z otoczeniem, stają się — jak się wyrażamy — osobnikami dissocjalnymi, asocjalnymi lub wprost antisocjalnymi, a w konsekwencji stanowią kadry niepoprawnych przestępców. Popadają zaś one w przestępstwo tem bardziej, że nienormalność ich psychiczna, związany z nią często brak wytrwałości a nawet wstręt do pracy, przy częstem ograniczeniu intellektualnem utrudniają im przygotowanie się do jakiegoś zawodu a więc do przyszłej walki o byt. Zdarzają się nawet, co prawda, nieliczne przypadki, że osobnik taki pomimo najkorzystniejszych warunków wychowania i życia, pomimo nieraz nienajgorszego rozwoju intellektualnego pozostaje pod względem moralnym zupełnie tępy, nieczuły na wszelkie wpływy, stąd też prawie nieuchronnie skazany na to, żeby stać się przestępcą. Zrozumiałą jest rzeczą, że wszelkie takie nienormalne osobniki, których zresztą rozmaitość typów jest ogromna, odgrywają w zjawisku przestępstwa poważną rolę a szkodliwi są oni też niezmiernie i dlatego, że pociągają za sobą swych rówieśników normalnych, etycznie jeszcze niedostatecznie wyrobionych. W walce zatem z przestępstwem nieletnich na ten rodzaj osobników należy zwrócić szczególniejszą uwagę, należy ich mianowicie jak najprędzej usunąć od otoczenia i zająć się nimi osobno, w sposób właściwy. Nie nadają się oni do kary sądowej ani do zwykłych urządzeń wychowawczych lub poprawczych. Dla nich istnieć muszą osobne zakłady o charakterze wychowawczo-leczniczym, w których kierujący głos winien mieć lekarz psychjatra. Zakłady takie, prowadzone w sposób naukowy, dużo mogą zdziałać. Nawet zwierzę dzikie można wszakże wytresować, a cóż dopiero człowieka, choćby nienormalnego, zwłaszcza, że, jak zaznaczam, postacie stopnia najniższego, pozbawione zupełnie zdolności rozwoju moralnego, zdarzają się stosunkowo rzadko. Zauważam przytem, że według mego przekonania, istnieje wśród lekarzy sądowych pewna tendencja do przesady w rozpoznawaniu u nieletnich przestępców psychopatji. Dziecko najnormalniejsze, pozbawione zupełnie wpływów wychowawczych względnie wprost wychowane i nakłaniane do złego, czyni nieraz wrażenie dziecka nienormalnie dissocjalnego i dopiero ściślejsza obserwacja prowadzi do należytego zróżniczkowania takich jednostek. W każdym razie wynika z tego, że do skutecznej walki z przestępstwem nieletnich należy również szczególna opieka lekarsko-wychowawcza nad dziećmi nienormalnemi zwłaszcza psychopatycznemi i że jest obowiązkiem tak wychowawców, a więc rodziców i nauczycieli jak przedewszystkiem lekarzy szkolnych, a wreszcie i czynników sądowych wyławiać takie nieprawidłowe typy i jak najprędzej przeznaczać je do właściwego postępowania. To też w ustawach normujących w sposób właściwy sprawę przestępczości nieletnich, między innemi i w omówionym projekcie ustawy polskiej istnieją osobne przepisy, dotyczące postępowania z przestępcami nieletnimi nienormalnymi.

Dobiegam do końca. Przestępstwa w zupełności nie zdołamy usunąć, tak jak nie uwolnimy rodzaju ludzkiego od choroby. Przez rozumną jednak politykę kryminalną, przez zapobieganie przestępczości głęboką wielostronną akcją społeczną na polu poprawy stosunków materjalnych i moralnych szerokich warstw ludności, a przedewszystkiem przez szczególną opiekę nad dzieckiem wogóle, a dzieckiem przestępczem w szczególności, potrafimy to zło znacznie zmniejszyć, a w ten sposób zaoszczędzić niejednej łzy ludzkiej, zapobiec wielkim szkodom materjalnym, jakie każda zbrodnia za sobą pociąga, a w następstwie wznieść się na wyższy szczebel rozwoju ludzkości.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI, st. asyst. klin. Lwów.

Witaminy i hormony (próba syntezy).

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor Prof. Dr. K. Bocheński.

W ostatnich kilku latach nauki przyrodnicze i lekarskie postąpiły olbrzymim krokiem naprzód. Wiele zagadnień teoretycznych uzyskało praktyczne podstawy, a z wielu spostrzeżeń wyłoniły się nowe zagadnienia teoretyczne, będące nie zawsze jednak tylko rozwinięciem ich, dopełnieniem i uzupełnieniem. Zdobycze naukowe przestały być jedynie przedmiotem czystych, myślowych spekulacji, stały się ważną próbą spostrzeżeń i faktów otaczającego nas życia, które znów nowemi, przez odkrycia te powodowanemi pytaniami, sięga daleko poza granicę nakreśloną doświadczeniem.

Nie zawsze jednak udaje nam się dotrzeć do najgłębszych źródeł życia, poznać warunki i przyczyny, które je kształtują i wyodrębnić ciała, których obecność jest ściśle związana z powstawaniem i prawidłowym rozwojem tego życia. Bardzo często

musimy zadowolić się tylko stwierdzeniem czynności fizjologicznej lub przypuszczalnych własności biologicznych danego ciała, które samo uchyla się z pod naszych badań i wyklucza uchwycenie przyczynowej zależności, jaka niewątpliwie istnieje pomiędzy niem a zmianami biologicznemi lub też czynnościowemi.

I w medycynie nie sposób jest oddzielać stronę praktyczną, lekarską od czysto i wyłącznie naukowych roztrząsań. Minęły już bowiem bezpowrotnie czasy Huxley'a, kiedy uważano medycynę jako sztukę leczenia jedynie, która koniecznie i wyłącznie ma ograniczyć się do usuwania, nawet nie samego cierpienia, lecz jego najważniejszych i najprzykrzejszych objawów. Dziś pamiętamy o tem, że obok medycyny Kasy chorych, stojącej na usługach tysięcy cierpiących, istnieje i rozwija się *nauka medycyny*, patologja i związane z nią jej działy pomocnicze, niektóre z nich będące wyłącznie umiejętnością teoretyczną.

Do takich zagadnień tkwiących podstawą swą w codziennem, praktycznem zastosowaniu każdego lekarza, lecz wynikami klinicznych i pracownianych wysiłków wybiegających daleko w sferę teoretycznych rozstrząsań, należą dwa zagadnienia, łączące się coraz ściślej ze sobą w miarę ich poznawania tak, że badając jedno nie można ominąć drugie, nie spostrzec i nie uznać wzajemnego ich podobieństwa co do istoty, sposobu działania i wpływu na ustrój. Są to *witaminy* i *hormony*.

I. Witaminy.

Nieznana jest dotychczas istota witamin i właściwy ich charakter. Istnieją teorje zaprzeczające wogóle ich istnieniu. Ma to być jedynie stan witaminoidowy, wywołany zjawiskiem powierzchniowego napięcia soków tkaninowych, co mogłoby stać w związku z wchłanianiem jelitowem spożytych pokarmów (v. Hahn). Naogół jednak uczeni uważają je za ciała o charakterze bodźców lub przypisują im znaczenie odżywcze. Według tej teorji są to ciała posiadające pewne dodatkowe własności odżywcze, konieczne dla prawidłowego przebiegu właściwych procesów odżywiania.

Utożsamiają je również z hormonami lub przynajmniej uważają je za ciała pokrewne i bardzo do nich zbliżone i to nietylko pod względem pochodzenia, ale też i pod względem życiowego znaczenia. Przekonano się bowiem, że oprócz zasadniczych składników naszego pożywienia, a więc: białka, węglowodanów, tłuszczów, soli i wody, niezbędne są liczne dodatkowe składniki, których brak może zachwiać stanem równowagi prawidłowej określanej mianem zdrowia, gdyż tak witaminy jak i hormony, a przynajmniej niektóre z nich, są bezwzględnie konieczne dla występywania najważniejszych czynności ustrojowych i że w tych przypadkach nie dadzą się one zastąpić przez żadne inne ciała.

Doniosłe to znaczenie dla ustroju potęguje jeszcze zależność najróżnorodniejszych schorzeń i niedomagań od wrażliwości osobniczej zwierzęcia. Wiemy bowiem, że zapotrzebowanie tych ciał zależy w znacznej mierze od stopnia rozwoju zwierzęcia, gdyż im niżej dane zwierzę stoi pod względem swego rozwoju tem łatwiej znosi brak ich i tem trudniej udaje się wywołać u niego objawy ich braku. Owadom np. wystarcza zupełnie mała ilość witaminy B, podczas gdy ryby wymagają już witaminy A i B, a ptaki A, B i C.

Wrażliwość ta również u poszczególnych gatunków jest różna, przez co i obrazy schorzeń wywołane brakiem tych ciał są bardzo odmienne: od lekkich niedyspozycyj i zaburzeń rozwojowych począwszy aż do poważnych, nierzadko śmiercią kończących się *awitaminoz*, w których oprócz upośledzenia czynności narządu, zwłaszcza gruczołów dokrewnych, występują daleko idące zmiany w postaci zwyrodnień.

Znaczenie tych dodatkowych czynników odżywczych było przedmiotem długich i mozolnych badań, lecz naukowe podwaliny dał im dopiero badacz polski Kazimierz Funk. Przypomnieć bowiem należy, że jeszcze w drugiej połowie ubiegłego wieku Pasteur spostrzegł, że dla hodowli drożdży mają znaczenie nie tylko ciała białkowe, wodany węgla i inne ciała odżywcze, ale nadto pewne czynniki bliżej nieznane, towarzyszące każdemu życiu, które nazwano „bius". Zwrócono następnie uwagę na różnicę tych ciał, a zdaniem Ławrynowicza „bios" Wildiersa stanowi pierwsze zastosowanie koncepcji witaminowej w mikrobiologji.

Zdaniem większości badaczy witaminy są pochodzenia roślinnego. Ławrynowicz jako przykład przytacza witaminę D, która znajduje się w tranie dorszów, żywiących się głównie śledziami. Śledzie mają otrzymywać witaminy wraz z pożywieniem, a żywią się one małemi raczkami planktonu. Raczki te żywią się znów roślinami, algami. Ponieważ algi rosną na podłożu pozbawionem witamin, przeto nie ulega wątpliwości, że one je wytwarzają.

Dotychczas znamy następujące witaminy:

A — wpływająca na wzrost,
B — przeciw beri-beri,
C — przeciw skorbutowi,
D — przeciw krzywicy,
E — zapobiegającą bezpłodności.

Euler zauważył w drożdżach i w mięśniach pewien nieznany dotąd składnik, mający wpływ na wzrost i nazwał go *witaminą F*. Carmann, Clayton, Evans i Bishop przyjmowali istnienie osobnej witaminy kierującej tylko rozmnażaniem się, którą oni nazwali *czynnikiem X*, w ostatnich zaś latach Szilly i Eckstein donieśli o *witaminie Z*, której brak ma powodować poważne zaburzenia rozwojowe.

Dawną więc witaminę A uznano jako połączenie dwóch ciał, które udało się wyodrębnić i które oznaczono jako witaminę A i D. Należy zaznaczyć, że witamina D nie jest identyczna z aktywatorem wytwarzania zaczynów drożdżowych, który dawniej uważnó niesłusznie za witaminę D. W celu uniknięcia możliwych pomyłek proponują niektórzy dla jego oznaczenia nazwę „bios" lub „biokatalizator Z" (Euler). Witaminy A, D i E niezawierają azotu, a Funk przeciwstawia je witaminom B i C i nazywa je „witasteryny".

Ustroje zwierzęce prawdopodobnie nie wytwarzają witamin, które powstają w roślinach i to tylko w niektórych. Witaminy odróżnić należy od innych dodatkowych ciał, również niezbędnych dla życia i rozwoju roślin, a które określane są nazwą „auxymony". Ciała te znajdują się w glebie, a działają również już w znikomo małych ilościach.

Jakkolwiek przeto w zasadzie ta wspólna *czynność biologiczna* stanowi pewne podobieństwo tych ciał do witamin, to jednak istnieją między niemi zbyt liczne i poważne różnice biologiczne, aby można je było wzajemnie porównywać lub — co mniej jeszcze możliwe — utożsamiać.

Zawartość witamin w roślinach zależy nietylko od gatunku danej rośliny lecz głównie od okresu jej rozwoju. Przekonano się bowiem, że drożdże i bakterje w okresie wzrostu zawierają jedynie witaminę B, natomiast po ukończeniu wzrostu można w nich wykazać również witaminę A. Podobnie dojrzewające rośliny, owoce i jarzyny, jak np. groch, ziemniaki, zawierają witaminę C, której niema w dojrzałych.

Witamina A powoduje wzrost. Znajduje się ona w tłuszczach szczególnie w maśle. W tłuszczach roślinnych niema jej, co ma znaczenie praktyczne ze względu na tłuszcze zastępujące masło. Doświadczenia wykazały, że brak tej witaminy w pożywieniu młodych, rosnących zwierząt powoduje choroby i zaburzenia, a u dorosłych zwierząt prowadzić może nawet do zeskórnienia spojówek i rogówek i do (kurzej) ślepoty nocnej.

W tłuszczach znajduje się ta witamina w częściach, które się nie zmydlają, jest wolna od N i niema nic wspólnego z lipochromami, sterynami, węglowodanami i alkoholami, nie tworzy się również przez naświetlanie. U ludzi rzadko spotyka się objawy wywołane brakiem tej witaminy, gdyż znajdując się obficie w mleku krowiem jest bardzo dostępna, tem bardziej, że krótkie gotowanie mleka niema zupełnie wpływu na nią, a zniszczeniu ulega ona dopiero po dłuższem gotowaniu.

Goldblatt i Beniszek wykazali, że brak witaminy A w pożywieniu szczurów wywoływał u nich przemianę nabłonka cylindrycznego, kubicznego i przejściowego w nabłonek płaski ze skłonnością do tworzenia zrogowaceń. Ta przemiana już w 10 tygodniach występuje tak często, że można uważać ją za pewny dowód braku witaminy A i B, gdyż brak innych witamin, jakoteż niedostateczne lub nieodpowiednie pod innemi względami pożywienie nigdy nie wywoływało wspomnianej przemiany. Abels odnosi zmniejszenie wagi ciała noworodków urodzonych w porze zimowej do braku witaminy A. Opisywano też zmniejszoną odporność na związki arsenu i tworzenie się kamieni w pęcherzu moczowym, jakoteż w drogach żółciowych, pod wpływem pożywienia ubogiego w witaminy.

Birnbacher odnosi nagminne występywanie ostrej esencjalnej nocnej ślepoty w latach 1919 do 1924 w okolicach Wiednia do braku witaminy A. Przekonał on się, że najczęściej zapadali na chorobę tę mężczyźni około 20 r. życia. Kobiety naogół rzadziej chorowały, zwłaszcza w okresie pełnej dojrzałości i sprawności płciowej. U ciężarnych natomiast spostrzegano stosunkowo częste przypadki tego cierpienia. Wynikałoby z tego, że ciąża może sprzyjać rozwojowi tej choroby, gdyż epidemja ta oszczędzała kobiety nie będące w ciąży. Ciężarne stawały się ślepe

dopiero pod koniec ciąży i to szczególnie te, których koniec ciąży wypadał na miesiące wiosenne. Birnbacher sądzi, że objawy te pozostają w związku z większem zapotrzebowaniem witamin. Wytwarzanie się i dojrzewanie komórki jajowej, a bardziej jeszcze rozwój zarodka, wymaga niewątpliwie coraz to większych ilości witamin, zwłaszcza pod koniec ciąży, co może być powodem zaburzeń, o ile ustrój nie rozporządza większemi zapasami. Abels mniema, że ta odporność kobiet w okresie zdolności płciowej na nocną ślepotę stoi w związku z fizjologicznem gromadzeniem się tłuszczu, gdyż odporność ta występuje dopiero w tym okresie, w którym ustrój rozpoczyna nagromadzać tłuszcz. Rozpuszczalna zaś w tłuszczach witamina A nagromadza się przeważnie w pokładach tłuszczowych. Stąd pochodzi większa odporność kobiet na tę awitaminozę, a w równych warunkach z mężczyzną kobieta okazuje znacznie później objawy schorzenia. Freise, Ruprecht i Melanby wykazali wpływ tej witaminy na kości i na zawartość, jakoteż przyswajanie soli wapniowych.

Rozpuszczalna we wodzie *witamina B* jest odkrytym przez Funka środkiem leczącym *polineuritis gallinarum*, a więc znajdującym się w łupinie ryżowej i powierzchownych warstwach ziarn zboża, zwłaszcza w okresie kiełkowania. Aron przypuszczał, że w witaminie B znajdują się 2 czynne ciała, a to przeciw schorzeniom nerwowym i pobudzające do wzrostu. Zasługą Funka i Dubina jest rozdzielenie obu tych ciał, z których ciało pobudzające do wzrostu nazwano witaminą D. *Witaminę B* można otrzymać w stanie czystym. Leczy ona beri-beri. Znajduje się we frakcjach choliny, a w dalszym rozszczepianiu powstają ciała podobne do choliny (Ikeda, Sahashi). Brak tej witaminy powoduje powiększenie kory nadnercza a zmniejszenie innych narządów. Vezzar mniema, że w związku z tem stoi również powiększenie się ilości całej cholesteryny w ustroju.

Szczury pozbawione witaminy B wykazywały trwałą ruję, która utrzymywała się nawet po wycięciu jajników. Również i u zwierząt wytrzebionych, występywały te objawy wraz z przerostem macicy. Możliwe, że przyczyną tego jest nadmierna ilość cholesteryny we krwi. Podobnie jak witamina A znajduje się i B obficie w naszem pożywieniu, dlatego też skutków jej braku obawiać się nie potrzebujemy.

Interesujące jest twierdzenie Caspari'ego, że witaminy mają wpływ na powstawanie guzów i że szczególnie witamina B sprzyja ich wzrostowi. Zdaniem tego autora po operacjach i naświetlaniach należałoby ograniczyć dowóz tej witaminy.

W sztucznej awitaminozie B u gołębi przeważa obraz zwiększonej gruczołowej czynności tarczycy (Satwornitzkaja i Simnitzky). Wykazano też, że witamina B, podobnie jak insulina zmniejsza ilości cukru we krwi na drodze układu przywspółczulnego (Funk, Ogata, Collazo, Lelesz, Leszczyński, Wajs i Wassermann).

Jakkolwiek udało się otrzymać w stanie czystym przeciwskorbutową *witaminę C*, to jednak nie znamy dotychczas jej składu chemicznego. Energja jej działania jest bardzo znaczna, gdyż już 2 miligramy wystarczają, aby uchronić świnkę morską od skorbutu. Brak tej witaminy nie szkodzi zupełnie szczurom, królikom i myszom, natomiast małpa i człowiek są bardzo wrażliwi na brak jej, zwłaszcza człowiek często odczuwa ten brak, gdyż gotowanie niszczy ją. Naogół zbyt mało wiadomo jest ogólnie, że witaminy tej nie zawierają jarzyny gotowane, kompoty, konserwy, grzyby, jaja, banany i piwo. Zbyt długo gotowane mleko powoduje u dzieci skorbut młodzieńczy, a dobrym środkiem zapobiegawczym jest dodawanie do gotowanego mleka kilku kropel soku pomidorowego.

Witaminy C podnoszą wrażliwość wyosobnionego cienkiego jelita świnki morskiej, brak zaś ciała tego w pokarmach wrażliwość tę znacznie zmniejsza, a nawet znosi zupełnie. Schilowzew przekonał się, że brak witaminy C wpływa niekorzystnie na czas gojenia się i zrastania złamanych kości, natomiast pożywienie obfitujące w nie przyczyniało się do szybszego gojenia. Przeciwkrzywicza *witamina D* znajduje się w tranie, który jednak odnośnie do ilości jej wykazuje ogromne różnice. Podobnie mleko i masło zawierają to ciało, lecz w małych ilościach. Zależy to od najróżnorodniejszych czynników, jakoto: gatunku mleka, rodzaju paszy, miejsca, gdzie krowa się pasła, czasu, oświetlenia słonecznego i t. p. Witamina ta znajduje się również w zarodkach jęczmienia w stanie czynnym, skąd można ją wyodrębnić. Mączka z zarodków jęczmienia zawiera tak znaczne jej ilości, że niektórzy przyrównywują działanie jej do działania tranu.

Brak witaminy D zmniejsza odporność ustroju nietylko w okresie wzrostu i dojrzewania, w którym to okresie objawia się zaburzeniami w układzie kostnym i jest przyczyną krzywicy, ale również i w ustroju dojrzałym, który pozbawiony tej witaminy gorzej opiera się zakażeniu. György i Hottinger wykazali, że schorzenia gorączkowe wymagają większych ilości witamin. Doświadczenia wspomnianych autorów, jak również Ascoli'ego Setti'ego i Bielinga, wyświetliły zależność sił obronnych ustroju i zwiększanie się jadowitości drobnoustrojów od obecności witamin. Przekonano się, że zwierzęta pozbawione witamin ulegały prędzej zakażeniom, a Saiki i Erdmann sądzą nawet, że pozbawiony odpowiednich witamin ustrój prędzej i łatwiej staje się łupem nowotworów złośliwych skutkiem zaburzeń w układzie siateczkowo-śródbłonkowym. Na 83 szczurów u 6 powstały guzy, z tego 4 podskórne; 3 były raki gruczołowate, 1 naczyniak. U dwu zwierząt wykazano brodawczaka żołądka, a u 1 bujanie nadmierne nabłonka wraz ze zrogowaceniem. Powstawanie tych guzów tłumaczą Erdmann i Haagen jako szkody skutkiem braku odpowiednich witamin w pożywieniu. Również Eichholz i Kreitmair wykazali na białych szczurach, że i dojrzały zupełnie ustrój potrzebuje stałego dowozu witaminy D, o ile czynności tegoż i stan zdrowia nie mają ulec zaburzeniu.

Zdaniem Windausa istnieje tzw. prowitamina D. Ma to być ergosteryna, która przez naświetlanie zamienia się w witaminę D. Ergosteryna jest steryną roślinną z licznemi wiązaniami i zanieczyszcza cholesterynę, z czem może stać w związku działanie różnych preparatów cholesterynowych.

Stoeltzner podał chemiczną metodę wykrywania tej witaminy: Do Vigantolu (1% roztwór przeciwkrzywiczej witaminy w oliwie) dodany pięciotlenek fosforu (P_2O_5) wywołuje zabarwienie rdzawo-brunatne, które coraz bardziej ciemnieje i w końcu staje się prawie czarne. Zwyczajna oliwa lub dodatek ergosteryny nienaświetlanej nie daje tego odczynu. Metoda ta polega na reakcji chemicznej między witaminą przeciwkrzywiczą i pięciotlenkiem fosforu. *Witamina E* znajduje się w mleku, w zbożu i w zielonych jarzynach. Gotowanie nie niszczy jej, gdyż oporna jest na działanie światła, gorąca, ługów, kwasów i tlenu. W próżni daje się w 200° destylować i jest bardzo podobna do hormonu jajnika i to nie tylko pod względem chemicznym (Hartmann, Kennedy, Ewans). Niektórzy sądzą, że dla powstawania hormonu jajnika niezbędna jest dostateczna ilość tego ciała. Żywiąc szczury pożywieniem, które zawiera wszystkie niezbędne składniki, a ponadto witaminy A, B, C i D, można uzyskać piękny rozwój tych zwierząt. Zachowanie ich i rozmnażanie będą zupełnie prawidłowe, lecz tylko do drugiego pokolenia. Już w trzeciem, a niekiedy nawet w drugiem pokoleniu, pomimo tych samych warunków, występuje bezpłodność skutkiem zwyrodnienia komórek zarodkowych i nabłonka kanalików nasiennych samców. Samice nie wykazują wprawdzie zmian morfologicznych, płody ich jednak stale obumierają w czasie ciąży. Stosunki te ulegają całkowitej poprawie po zmianie pożywienia obfitego w witaminę E.

Istnieją również poglądy, które uważają witaminę E jako hormon jajnikowy.

Niezupełnie wyjaśniona jest sprawa udziału *światła* słonecznego jakoteż sztucznego, w tworzeniu się i przekształcaniu witamin. Niektórzy badacze sądzą, że pod wpływem naświetlań witaminy mogą się tworzyć także i u zwierząt.

Hess i Stoenbock wykazali, że światło pobudza witaminy do działania; naświetlali oni cholesterynę, która przez to nabierała własności witaminy. Również i kawałki skóry naświetlane, w doświadczeniach na zwierzętach, wykazywały działanie przeciwkrzywicze. Wynikałoby z tego, że pod wpływem światła pewne ciała mogą nabierać własności witamin lub, co jest prawdopodobniejsze, że światło działa pobudzająco na pewne nieczynne dotąd ciała i rozwija w nich własności przeciwkrzywicze. Eichholz i Kreitmair sądzą, że w skórze ludzkiej znajdują się tzw. prowitaminy, które uczynniają się dopiero pod wpływem światła. W miesiącach zimowych skutkiem braku słońca powstaje brak witamin, co znów prowadzi do zmniejszania odporności ustroju na szkodliwości zewnętrzne. Przemawiałyby zatem doskonałe wyniki naświetlania ran pooperacyjnych, które pod wpływem światła słonecznego, a nawet sztucznego, goją się lepiej i szybciej.

Pohl i Windaus stwierdzili, że pod wpływem naświetlania ergosteryna zmienia się na ciało działające przeciwkrzywiczo i to nawet zapobiegawczo.

Jak wiadomo krzywica jest schorzeniem ogólnem na tle zaburzenia równowagi ciał mineralnych. Jeżeli mechanizm powstawania krzywicy tłumaczymy brakiem odpowiednich i potrzebnych ilości wapnia, koniecznego tkankom i następowem bujaniem lub też opóźnionem obumieraniem osteoblastów, co prowadzi w końcu do zmniejszenia substancyj mineralnych kości, to przyjąć musimy również i tzw. wyrównawczą kwasicę, polegającą na zwolnieniu szybkości procesów ogólnej przemiany materji, zatrzyma-

nia glikolizy w tkankach, zmniejszenia się ilości kwasu mlekowego we krwi i opóźnienie przemiany tłuszczowej. Zmniejszenie się ilości nieorganicznego fosforu w surowicy krzywiczych jest podobnie jak kwasica objawem wtórnym, jakkolwiek Kramer i Howland, uważają tę hipophosphataemję jako najważniejszy objaw, mimo iż, występuje on również i w innych stanach chorobowych (np. w zapaleniu płuc) jak również i w czasie usypiania. Pierwotną i główną przyczyną ma być chorobliwie zmieniona komórka, a przedewszystkiem jej ciała białkowe.

Oprócz krzywicy naświetlana ergosteryna („Vigantol") okazała się dobrym środkiem leczniczym w zmięknieniu kości i tężyczce. W przypadku Strote'ego zmięknienie kości połączone było z włókniakowatością nerwów. Vigantol usuwał hipophosphatemję, co niektórzy autorowie uważają jako konieczny i ważny warunek zwapnienia krzywiczych osteoidów. Nie tak szybko natomiast powracała zdolność glikolizy. Wiskott już po 14 dniach leczenia Vigantolem widział wyraźną poprawę kośćca krzywiczych. Zmniejszało się zmięknienie na nasadach kostnych były widoczne przygotowawcze strefy zwapnienia. Skutkiem nagromadzenia się wapnia krzywicze osteoidy stawały się widoczne w Roentgenie. Po dalszych kilku tygodniach osteoidy wapniały, a struktura kostna rysowała się zupełnie ostro i były widoczne jądra kostne. Podobnie i złamania kości leczyły się pod wpływem Vigantolu o wiele prędzej i lepiej.

Przeciwko poglądowi jakoby krzywicę można było wyleczyć Vigantolem lub promieniami pozafiołkowemi, występują Reyher i Walkhoff, którzy sądzą, że podczas naświetlania powstają pewne ciała działające na krew i nerki trująco i to już w małych nawet ilościach. Wykazano także w mleku naświetlanem promieniami pozafiołkowemi (jakkolwiek raz tylko) azotyny, których przed naświetlaniem mleko nie zawierało. Nawet zwolennicy leczenia energją świetlną przyznają, że istniejąca równocześnie z krzywicą niedokrwistość nie daje się wyleczyć naświetlaniem. Wspomniani autorowie podawali dość duże dawki witaminy B i C w ciągu szeregu lat zwierzętom i dzieciom i nie widzieli nigdy objawów tzw. hiperwitaminozy, jakkolwiek nie spostrzeżono również wybitnej poprawy czynnościowej, podniesienia odporności ustroju lub zmniejszenia niedokrwistości. Sądzimy, że *krzywica szczurów, doświadczalnie wytworzona, jest zasadniczo różna od krzywicy dziecięcej i że doświadczalnie tworzy się stan chorobowy zbliżony do krzywicy objawami, będący zaś zaburzeniem wywołanem brakiem witamin.* Taki stan oczywiście można szybko wyleczyć podając odpowiednie witaminy.

C. d. n.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Józef OWSIŃSKI, naczelny lekarz miejski. Kraków.

Sprawozdanie z wycieczki naukowej do Włoch.

Wyznaczony przez Departament V. Służby Zdrowia, jako delegat Polski na wycieczkę do Włoch zorganizowaną przez Sekcję Higjeniczną Ligi Narodów, otrzymałem od P. Dyrektora Departamentu Zdrowia Ligi Narodów Dra Reichmana pismo, w którem streścił cel tej podróży.

Ma ona za zadanie ułatwić uczestnikom, studjum rozwoju higjeny publicznej — na podstawie potrzeb życiowych współczesnych Włoch. Uczestnicy będą mieli sposobność zdać sobie sprawę z postępu w przemyśle, handlu, rolnictwie, wychowaniu i innych doniosłych gałęziach współczesnego życia Włoch oraz ocenić czynniki, które zapoczątkowały program obecnych organizacyj sanitarnych, urzędowych, półurzędowych i prywatnych. Do państwowej Służby higjeny publicznej na której przez długie lata ciężył obowiązek wykonywania ustawodawstwa w dziedzinie higjeny — wprowadzono w życie nowe prawo polegające na nowożytnem pojęciu medycyny zapobiegawczej. Ma ono za cel przetworzyć obecną służbę sanitarną. Obecna forma Rządu wywarła doniosły wpływ na całe życie Włoch — jest szczególnie zajmującem studjować naocznie ten pierwszy okres czasu, w którym dokonuje się tyle zmian ważnych w życiu Włoch — i gdyby się nie posiadało pewnych znajomości położenia, które wytwarza te zmiany — odpowiednia ocena obecnej praktyki higjenicznej we Włoszech byłaby niemożliwa. Z tych przyczyn zagajenia i zwiedzania nie ograniczą się wyłącznie do przedmiotów higjeny publicznej lecz obejmą wszystkie ważne współczynniki życia, stojące z działem higjeny w związku bezpośrednim i pośrednim. W myśl powyższego założenia Rząd włoski wypracował dla wycieczki osobny program na czasokres od 16 września do 10 listopada 1928 roku. W każdem mieście i miejscowości, którą mieliśmy zwiedzić potworzono miejscowe Komitety oraz przydzielono na cały czas dwóch lekarzy z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia). Ze strony Ligi Narodów towarzyszyło nam również stale 2 — 3 delegatów.

Wysłanie na otwarcie obrad do Turynu Ks. Aosty z Rzymu — powitania na dworcach w każdej miejscowości przez naczelne władze rządowe i autonomiczne — odbywanie obrad w prefekturach, sprawozdania, które delegaci okresowo przesyłać musieli do Ministerstwa świadczą wymownie, jak wielką wagę przykładał Rząd włoski do tej wycieczki.

Uczestników było 19, reprezentujących szesnaście państw: Niemcy (3), Belgja, Danja, Egipt, Hiszpanja, Ameryka, Francja, Anglja (2), Japonja, Holandja, Polska, Jugosławia, Szwecja, Szwajcarja, Urugway. Wykonanie zakreślonego programu odbywało się ze ścisłą dokładnością i punktualnością bez żadnych zmian — mimo, iż prędko zdano sobie sprawę, iż jest on dla uczestników nawet fizycznie bardzo męczący i powinien być uskutecznionym w 3-miesiącach. Zajęcia trwały od godz. 8 i pół do do 1-szej i od 2 i pół do 7-mej. Rano zazwyczaj były dwa wykłady z następowem zwiedzaniem omawianych przedmiotów, popołudniu 1 wykład i zwiedzanie. Ważne sprawy, jak bonifikacje, kolonje lecznicze, sanatorja były wyświetlane; — filmy były sporządzone przez Sekcję Higjeny Ligi Narodów. Prelegentami byli prof. medycyny danego miasta lub przysyłani z Rzymu, jeżeli temat był ściśle medyczny, albo wyżsi urzędnicy Ministerstwa, gdy omawiano temat z zakresu inżynierji, statystyki, organizacji etc.

Uczestnicy zjechali się w Turynie 15 września i w pierwszym dniu zwiedzono ogólno-włoską wystawę rolniczą (otwartą 1. V. do 4. XI. 1928). Najwięcej zajęcia budził pawilon rolnictwa z planami nawodnień sztucznych (irygacji), pokazów zboża, narzędzi rolniczych, nawozów sztucznych i szkodników i niszczycieli pól, pawilon żywnościowy — z urządzeniem wzorowej obory, browaru, wyrobu oliwy, serów, win — dział jedwabniczy od chowu jedwabników aż do maszynowego sporządzania tkanin, zawierał on również pokazy fabrykacji sztucznego jedwabiu — wreszcie pawilon chemiczny surowców z pokazem wyrobu środków chemicznych i leków. Streszczenie wszystkich wygłaszanych wykładów przekroczyłoby ramy niniejszego sprawozdania — ograniczyć się muszę tylko do zasadniczych, najważniejszych. I tak zaraz w pierwszym dniu wygłosił wykład Dr. Aleksander Messea b. dyrektor generalny Zdrowia publicznego „O ustawodawstwie sanitarnem włoskiem i Organizacji służby Zdrowia". Ustawodawstwo włoskie sanitarne dzieli on na 3 okresy, I-szy od 1865 r. do 1907 r., w którym zapoczątkowano walkę z malarją, II-gi od r. 1907 do ery faszystowskiej, w którym wydano ustawy o zaopatrywaniu miast w wodę dobrą do picia i wreszcie III-ci okres faszystowski od 28. X. 1922 r., w którym w myśl zdania Benito Mussoliniego „Należy baczyć, aby w państwie dobrze rządzonem, troska o zdrowie fizyczne ludności była na pierwszem miejscu", wydano ustawy o zwalczaniu chorób zawodowych, głównie zaś zajęto się zwalczaniem gruźlicy, jaglicy i opieką nad matką i dzieckiem. Wydatki na zdrowie mieszczą się nie tylko w budżecie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, ale również w Ministerstwie Wojny, marynarki, komunikacji, aeronautyki i Ekonomji narodowej i robót publicznych i wynosiły w r. 1914/15, 40 milj., a w roku 1926/27, 227 milj. W samem zaś Ministerstwie Spraw Wewnętrznych z 9 milj. w r. 1914/15, wzrosły za rok 1926/27, do 40 milj. 745 tys. Ogólne wszystkich Ministerstw, prowincyj, gmin i Tow. prow. przeciwgruźliczych z kwoty 175 i pół milj. z r. 1914/15 do 1 miljarda 26 milj. w r. 1926/27. Te zwiększone wydatki na zdrowie miały takie następstwa, że ludność z r. 1887 wynosząca 29.614 tys. wzrosła obecnie do 42 milj. — ogólna śmiertelność wynosząca w r. 1887 — 27'99 na 1000 spadła w roku 1926 na 16'83 na 1000. Śmiertelność żywo urodzonych dzieci w 1 r. w r. 1887 wynosząca 193.42 na 1000 27.99 na 1000 spadła w r. 1926 na 16.83 na 1000. Śmiertelność spadła do 119.47 w r. 1925. Na czele państwowej Służby Zdrowia stoi Generalny Dyrektor Zdrowia Publicznego podległy Ministerstwu Spraw Wewnętrznych z organem doradczym — Wyższą Radą sanitarną. Dla każdej prowincji (Województwa) są *medici provinciali* z prowincjonalną radą sanitarną, podlegli służbowo prefektowi. Naczelną radę sanitarną w miastach pełnią *medici oficinali* podlegli służbowo podeście wreszcie w gminach wiejskich *medici condotti*.

Dla Turynu i całej prowincji od r. 1921 utworzono 3 bezpłatne zakłady porodowe — ciężarne. Przeważnie nieślubne przyjmowane są od 7-go miesiąca ciąży. Są to miejscowości di Brefotrofio, di Ballengo i di Rivoli, odległe od 15 — 20 km od miasta, położone na zalesionych wzgórzach.

Zwiedziliśmy di Rivoli — zakład pozostający pod ciągłą opieką lekarską i pielęgniarek — w gmachu wśród dużego parku z salami

dla ciężarnych przeważnie nieślubnych i 40-ma łóżkami dla noworodków. Matka pozostać może jak długo chce, o ile zgodzi się karmić prócz swego także drugie dziecko, wzięte od rodziców gruźliczych na polecenie lekarza poradni. Ostatnia statystyka tych zakładów, noszących tytuł *L'Asilo materno e l'assistenza ai bambini illegitimi* wykazuje 500 nieślubnych porodów w roku. W tymże Rivoli zwiedziliśmy kolonję profilaktyczną *(cassa del sole)* dla 75 dzieci od lat 5—12, są to dzieci zdrowe rodziców gruźlików lub usunięte ze środowiska gruźliczego, mają one całkowite utrzymanie i szkołę.

Muszę tutaj nadmienić, że w całych Włoszech we wszystkich szpitalach, sanatorjach, kolonjach, przytułkach etc., które zwiedzałem, nadzór nad służbą i chorymi sprawowały zakonnice. Zwiedziliśmy również *„Colonia Ergoterapica feminale Eremo di lanzo"* Czerwonego Krzyża, wzniesioną na osłoniętem wzgórzu 550 m na obszarze 42 hektarów, przeznaczoną dla sióstr i matek poległych i inwalidów ostatniej wojny. Są to rekonwalescentki anemiczne lub dotknięte gruźlicą kości lub chroniczną płucną, ale nie prątkujące. Pomieszczenie bezpłatne znachodzi tam 200 chorych — od 8 roku życia, czas leczenia 2 miesiące — obowiązkowo werandowanie i oddawanie się lżejszym zajęciom. Kolonja ta założona została 22 marca 1926 r., lekarze są stale na miejscu, dyrektorem jest prof. chirurgji, chore bywają przysyłane przez przychodnie przeciwgruźlicze. Zwiedziliśmy kilka szkół starego i nowego typu, jedną z internatem. Mają one duże sale gimnastyczne — cały poziom przeznaczony na kąpiele natryskowe — szerokie korytarze — podwórza niewielkie — urządzeń wentylacyjnych brak — ławki dwusiedzeniowe o powierzchni górnej stałej nie przesuwalnej — jednej wielkości t. j. nie uwzględniającej wzrostu dziecka, stąd może tak duża ilość krótkowidzów w tym kraju. Dla dzieci jagliczych osobna szkoła *Giovani Prati.* Dzieci do tej szkoły bywają przysyłane przez lekarzy szkolnych, ambulatorja kliniczne i lekarzy prywatnych. Naukę (5 klas), leczenie i żywienie otrzymują bezpłatnie. Przychodzą o godz. 8 i pół, a zamyka się szkołę o godz. 18-tej. Od 8 i pół do 10 i pół trwa leczenie jaglicy i kąpiele. Dzieci uleczone odsyłane bywają do szkół publicznych. Od 1 marca 1927 do 1 września 1928 r. korzystało z nauki i leczenia 596 dzieci.

Obecny Rząd za jedno z głównych zadań postawił powiększenie ilościowe znaczne, bo o 20 milj. ludności Włoch i jako najpierwszy środek prowadzący do celu uznał otoczenie matki i dziecka szczególniejszą opieką *(Protezione della maternita e dell infanza).* Prof. B a r g e l l i n i w wykładzie swoim mówił o ustawach i środkach stosowanych względem dzieci w wieku przedszkolnym i matek, a prof. R e n d a względem młodzieży szkolnej. Co do I-szej grupy — tworzenie wzorowych szkół dla akuszerek i pielęgniarek, budowa domów porodowych i żłóbków, zaprowadzenie obowiązkowych wykładów w szkołach o żywieniu dzieci, budowa klinik i poradni dla dzieci. II-giej grupy — szkoły otwarte pod słońcem, sale gimnastyczne, ćwiczenia fizyczne i sportowe, uświadomienie wychowawców o higjenie i zaprowadzenie lekarzy szkolnych, zakładanie kolonij morskich, leśnych i słonecznych.

W państwowej fabryce tytoniu, dla osesków tamtejszych pracownic, w r. 1927 urządzono żłóbek w kilku salach odpowiednio przystosowanych. Dzieci tam pozostają stale, ale wolno matce także zabrać je na noc do domu. Matki mają co trzy godziny, pół godziny wolne na karmienie piersią, w razie braku pokarmu, dziecko bywa sztucznie dożywiane. Wynik cyfrowo przedstawia się następująco: śmiertelność, która w I-szym roku życia w latach 1923—1927 wynosiła 10.14% spadła po założeniu żłóbka na 3.71% — lekarz dochodzący — pielęgniarki stałe. Żłóbki te zaprowadzone zostały we wszystkich fabrykach tytoniu — przymusu ustawowego dotąd nie wprowadzono. Podobny żłóbek zwiedziłem w fabryce sztucznego jedwabiu w Sina-Viscosa, fabryka ta zatrudniająca kilka tysięcy pracownic, posiada osobne rozbieralnie, jadalnie, kąpiele natryskowe oraz internat na 400 łóżek, gdzie za 12 lirów miesięcznie robotnica otrzymuje łóżko na wspólnej sali z pościelą.

Turyn jako miasto przemysłowe, posiada w dzielnicy swej fabrycznej olbrzymie obejścia, z których zwiedziliśmy 2 dokładnie t. j. „Fiat" fabryka automobili i „Unica" fabryka czekolady. O ogromie „Fiata" świadczy 35 tysięcy robotników i trzy 5-cio piętrowe gmachy po 800 m długości z olbrzymiemi salami połączone korytarzami tak szerokiemi, że oglądanie fabryki odbywało się autobusem 20-osobowym po wszystkich salach i piętrach, aż na platformę dachu. Dla tej ilości robotników są urządzone 3 ambulatorja, czynne przez cały czas pracy, chirurgiczne, okulistyczne i wewnętrzne, każde z osobna zajmujące po kilka pokoi. Przypadki cięższe kierują lekarze do lecznicy prywatnej, wspomaganej także przez Gminę. W tej samej dzielnicy widziałem wytwórnię czekolady „Unica", w której 6 tysięcy pracowników, przeważnie kobiet zajętych jest przy obsłudze maszyn, zamieniających w oczach widza surowe cacao na bombonierki z czekoladkami. Także i tutaj pracownicy korzystają z własnego ambulatorjum i kąpieli. Dla pracowników wielu fabryk istnieje od r. 1926 wspólna instytucja rodzaj poradni t. zw. *la Vigile,* mająca za zadanie udzielanie porad z dziedziny higjeny, których mają się trzymać, chcąc uniknąć zachorowania — z dziedziny medycyny, leczenia ich celem najrychlejszego odzyskania sprawności zarobkowania oraz przeprowadza badanie psychotechniczne. Dla sprostania temu posiada lekarzy specjalistów, sale z łóżkami dla obserwacji oraz uposażona jest w najnowsze przyrządy i środki do badań i lekarstwa.

Szpitali publicznych zwiedziliśmy: Szpital św. Wita, Królowej Małgorzaty, Humberta I-go i prywatny Köllikera. Wszystkie posiadają na każdem piętrze po 2 duże sale (30 łóżek), w środku seperatki po 4 łóżka — sale operacyjne — sale roentgena i radjowe. Z urządzeń gospodarczych — w osobnym budynku duże kuchnie i zmechanizowane pralnie i suszarnie. W sali przyjęć dzieci — osobne boksy.

Sanatorjum gruźlicze św. Ludwika Gonzagi dla 1000 chorych składa się z 3-ch głównych pawilonów II. p. połączonych szeroką galerją z werandami krytemi od południa i otwartemi od północy. Sanatorjum to utrzymywane jest przez miasto - prowincję — Czerwony Krzyż i Towarzystwo Opieki nad matką i dzieckiem.

W Kolonii stałej im. Księżnej Laetitziu znachodzi umieszczenie 150 dzieci od lat 3 do 15, które przebywają tam stale otrzymując stałe utrzymanie i naukę, którą pobierają na wolnem powietrzu, dzieci te pochodzą z rodziców gruźliczych.

Obok tej kolonji w r. 1926 założono kolonję profilaktyczną letnią dla 500 dzieci, które o godz. 8 dostawiane tam bywają tramwajami i autobusami i do wieczora spędzają czas w parku — oddając się pod dozorem higjenistek ćwiczeniom fizycznym, robótkom ręcznym, ogrodnictwu i nauce. Zakład wyposażony jest w natryski, kąpiele nożne, wagi etc.

Rządowa monopolowa fabryka chininy mieści się w 5-ciu dużych budynkach, wyrób odbywa się zapomocą maszyn, które obsługuje 600 robotników — fabryka posiada laboratorjum chemiczne.

W Turynie dla zaspokojenia braku małych mieszkań potworzyły się prywatne Towarzystwa budowlane, otrzymujące ⅓ część kapitału od Rządu lub Gminy. W 8 miu punktach miasta wybudowały około 1300 domów 2—3-ch piętrowych z mieszkaniami jedno i przeważnie 2-pokojowemi. Każde takie mieszkanko ma małą kuchenkę gazową i łazienkę. Koszt takiego 2-pokojowego mieszkania wynosi 170 lirów miesięcznie. Prof. Maggiore i inżynier z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych obznajomili nas w kilku wykładach w jaką wodę do picia i w jaki sposób zaopatrywane jest miasto Turyn, liczące 570 tysięcy mieszkańców. Również odbyliśmy 3 półdniowe wycieczki autami celem zobaczenia na miejscu terenów wodonośnych i urządzeń wodociągowych. Miasto otrzymuje wodę zaskórną z terenów wykupionych, wyrównanych i zdrenowanych, aby uniemożliwić zastój wody i gnicie. Wody z 3-ch metrów pierwszych nie używa się do picia tylko do irrygacji — dopiero zapomocą maszyn ściąga się z warstw głębokich wodę wolną od wszelkich zanieczyszczeń i bakterji do t. zw. galerji i zbiorników, skąd rurami rozprowadzoną jest po mieście. Tereny te odległe są od środka miasta do 100 kilometrów i jedne są własnością Towarzystw „Anonyma", drugie Municipium. Anonyma rozporządza instalacjami 1) Vol Sangone, 2) Millefont, 3) Favorita, 4) Scalenghe. — Municipium 1) Piano della Missa, 2) Venavia Reale, 3) Volpiano, to ostatnie zostanie wykończone w r. 1929 kosztem 25 miljonów lirów. Powyższe instalacje leżą w różnej wysokości od 310 do 1500 metrów i dają wydajności wody w jednej sekundzie od 50 do 1000 litrów, a wszystkie razem na sekundę 2.800 litrów, co czyni dziennie 240 miljonów litrów, czyli na głowę mieszkańca 400 litrów na dzień. Woda jak zapewniono jest zupełnie czysta i cena metra^3 wynosi 0.33, cena dla szpitali szpitali i towarzystw dobroczynnych jest zniżona na 0.03 lir.

W Genui zwiedziliśmy nowy szpital św. Marcina. Na ogólną powierzchnię 400.000 m. kw. zabudowano 320 tysięcy za cenę 35 miljonów lirów. System pawilonowy zastosowano przeznaczając dla chorób wewnętrznych 8 pawilonów (5 m. + 3 kob.), dla chirurgji 6 pawilonów (3 m. + 2 kob. + 1 sala operacyjna), dla rodzących i ginekologji 1 pawilon, choroby skórne 2 pawilony, oczne 2 pawilony, gruźlica 3 pawilony. Ilość łóżek szpitalnych wynosi 2.000. Osobny 3-ch piętrowy pawilon dla administracji, kuchnia (osobne sale dla przygotowań mięsa, mleka, mącznych potraw), pralnia i suszarnia maszynowe, dezynfekcja. Pawilony chorych I. p. — 2 duże wspólne sale i w środku seperatki 2—3 łóżek. Prócz kilku innych szpitali w samem mieście, w okolicy staraniem Towarzystwa genueńskiego przeciwgruźliczego, powstało

kilka sanatorjów i schronisk dla dzieci z gruźlicą kości i gruczołów, gdzie liczba łóżek wynosi od 90—250, a wiek dzieci od 3—12 lat. Przychodnie i poradnie gruźlicze tegoż Towarzystwa są czynne w mieście. Krematorjum przy cmentarzu jest starego typu, rzadko czynne — spala kilka zwłok rocznie. W roku 1922 zapoczątkowano rozbudowę portu genueńskiego, która ukończoną zostanie w r. 1935, obecnie ukończono betonowe doki i powiększono pojemność okrętową portu z 5 i pół milj. na 7 i pół milj. Okręt osobowy Contegrande prócz zbytkownego uposażenia posiada higjeniczne urządzenia jak basen, salę gimnastyczną — kajuty I klasy z łazienką — wszystkie 3 klasy osobno ambulatorja lekarskie z osobnemi izolacyjnemi łóżkami dla chorych zakaźnych.

W Parmie pokazano nam szpital pawilonowy starszego typu oraz młyn z popędem elektrycznym, należący do Towarzystw „Anonyma". Młyn ten nowo zbudowany, największy w kraju przedstawia dużą murowaną budowlę 3-piętrową z dojazdem kolejowym, gdzie samych elektrycznych przesiewaczy z magnesami dla łapania gwoździ etc. naliczyłem 80. Dwie i pół godziny jazdy od Parmy — leży miasto Salsomaggiore, sławne z powodu swoich cieplic jodowo-bromowych. Wodę mineralną uzyskuje się ze studzien arteryjskich, z których najgłębsza na 760 metrów. Trzy wspaniale urządzone domy zdrojowe, wyposażone we wszelkiego rodzaju łaźnie, inhalatorja etc. czynne są cały dzień, a ilość leczonych (reumatyzm, nieżyty dróg oddechowych i kiła i choroby przemiany materji) w r. 1928 wynosiła 50 tysięcy. Z wody mineralnej przez odparowanie otrzymane sole rozsyła się na całe Włochy. O kilometr od nadmorskiego miasta Massy ciągnie się wspaniała plaża o zalesionym brzegu, gdzie poszczególne większe miasta północno-włoskie pobudowały w ostatnich 4-ch latach Kolonje morskie — Colonie Marine, stałe i letnie dla swoich dzieci od 6—15 lat. Dzieci te w zasadzie zdrowe, pochodzą albo z rodzin gruźliczych albo są dotknięte zołzami, anemją i chorobami chronicznemi skórnemi skierowane są przez przychodnie przeciwgruźlicze i przebywają w takiej kolonji po 3 lub 6 miesięcy bezpłatnie. Budynki przeznaczone na kolonje są jedne murowane, większość drewniane barakowe. Opiekę nad dziećmi sprawuje dyrektor (dyrektorka) i kilka higjenistek. Dzieci pobierają kąpiele morskie i słoneczne — gimnastyka — sporty — 3 razy dziennie posiłek.

1) Colonia morska Dux dla 430 dzieci miasta Medjolanu,
2) Colonia morska Senesa dla 1200 dzieci miasta Sienny,
3) Colonia morska Motta dla 700 dzieci Lombardji i Piemontu,
4) Colonia morska Guastalla dla 90 dizeci Guastalli,
5) Colonia morska Pallanza dla 1650 dzieci Nowary, Turynu i Massy,
6) Colonia morska L. Cantoni dla 350 dzieci Massy, Carrary i Mantuy,
7) Colonia morska Marchetti dla 250 dzieci Carrary,
8) Colonia morska Qui si sana dla 200 dzieci Florencji,
9) Colonia morska Fratelli Cristiani dla 160 dzieci Turynu,
10) Colonia morska Anny Turati dla 300 dzieci Provinzi Brescia,
11) Instituto lombardo Sacro Crure, stałe dla 220 dzieci Provincii Massa i Carrara,
12) Pensionato Filippini dla 150 dzieci Brescii,
13) i 14) Murowane duże budynki na ukończeniu dla Parmy i Perugii. Razem z tych kolonij morskich korzysta w roku 5700 dzieci

W Rzymie gdzie bawiliśmy od 28 września do 4 października zajęły nas głównie następujące sprawy: 1) Działalność narodowa na polu opieki nad matką i dzieckiem, 2) Walka z gruźlicą, 3) Walka z zimnicą. Co do pierwszej sprawy, to w myśl zasady, że ma powiększyć liczbę ludności Włoch do 60-ciu miljonów — Rząd włoski powołał do życia 10-go grudnia 1925 r. L, Opera nationale perla maternitae infantia jako samodzielną autonomiczną instytucję publiczną niezawisłą od innych filantropijnych ale razem z nimi współczynną, złożoną z 38 członków z siedzibą w Rzymie. Po 2 członków wybiera Sejm i Senat. Finanse jej oparte są na darach, wkładkach członków i subwencji Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (8 miljonów lirów rocznie). Działalność swoją roztacza na całe państwo. Zadaniem jej jest głównie zapobiegawczo otoczyć dzieci opieka i stworzyć takie warunki, aby mogły się najkorzystniej rozwijać. Dąży do tego celu jeszcze przed urodzeniem dziecka — umożliwiając ciężarnym robotnicom przebywanie przez ostatni miesiąc ciąży w bezpłatnych domach dla ciężarnych, gdzie następnie odbywają w korzystnych warunkach poród. Wydaje się broszury dla matek z pouczeniem jak zachowywać się w ciąży, jak karmić, ubierać i postępować z noworodkiem. Dzieci rodziców gruźliczych i ze środowisk gruźliczych odbiera sie, umieszczaiąc je w żłóbkach. Dla dzieci dotkniętych gruźlicą kości i stawów urządza się chirurgiczne lecznice dziecięce. Dla dzieci zołzowatych, niedokrewnych, — kolonje dzienne lub stałe — morskie-rzeczne — słoneczne i leśne. Towarzystwo urządza takie poradnie dla dzieci i matek z bezpłatnem leczeniem oraz dostarczaniem mleka pasteryzowanego wedle wskazówek lekarza poradni. Wszystkie szkoły mają lekarzy szkolnych — higjenistek niema. Pokrewnem towarzystwem jest L'Opera nazionale Balilla, którego zadaniem jest wychowanie fizyczne i sportowe oraz przysposobienie wojskowe młodzieży, z której głównie rekrutują się młodociane zastępy faszystowskie. Do walki z gruźlicą uruchomiono w Rzymie cztery poradnie: 1) Centrale, która ma wszystkie środki i przyrządy potrzebne do szczegółowych badań oraz oddział kliniczny obserwacyjny, 2) Tiberino, 3) Regina Elena, 4) Humberto.

Poradnie te rozpościerają działalność swą w dzielnicach miasta, gdzie mają siedzibę. Do wszystkich pomieszkań badanych chorych przychodzą higjenistki poradni dla zbadania warunków życiowych chorego. Chorzy bywają przez lekarzy poradni leczeni lub też odsyłani do szpitali lub przeznaczeni do kolonji.

C. d. n.

OCENY.

Jan Lachs: *Kronika Lekarzy Krakowskich XVII wieku.* Poznań, 1929. Nakładem Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. 8⁰, str. 2 nlb.+79.

Dr. Lachs ogłosił już Kronikę lekarzy krakowskich do końca XVI wieku, w r. 1909, w t. XII Archiwum do dziejów literatury i oświaty w Polsce. Praca niniejsza, odnosząca się do lekarzy krakowskich XVII w., zawiera materjał nowy, niepodany, względnie błędnie podany przez Gąsiorowskiego i Kośmińskiego. Spis lekarzy, wymienionych w Kronice Lachsa, zawiera 97 nazwisk. Jeżeli uwzględnimy, że Słownik Kośmińskiego wymienia około 300 lekarzy XVII w., widzimy, że Lachs podał nam rzeczy nowe, sprostował lub uzupełnił nasze wiadomości, odnoszące się do trzeciej części historji medycyny XVII w. Badaniami swemi Lachs zaważył przedewszystkiem na korzyść znaczenia Krakowa w historji naszej medycyny, jakoteż na korzyść wpływów kultury Włoch na rozwój naszej medycyny w XVII w. Główne źródło, z którego Lachs czerpał swe wiadomości, to Archiwum aktów dawnych m. Krakowa. Lachs odszukał cały szereg nieznanych lekarzy: Jana Bandorkowicza, Wawrzyńca Felkla, Jana Foxa, Krzysztofa Frelicha, Melchiora Hepnera, Piotra Janikowskiego, Hieronima Konrada, Daniela Łabęckiego, Jana Neapolitana, Filipa de Prosperiis, Kaspra Slegeliusa i Jany Szulca, okulistów Grzegorza Buzaua i Jana Gizeberta, jakoteż i alchemika i serwitora królewskiego Daniela Segregariusa. Z Kroniki Lachsa dowiadujemy się o kilku nieznanych publikacjach: Codiciusa, rzecz o katarze, Bazylea, 1593. Tegoż, De pestis natura.... Bazylea, 1594, Diss. inaug. Łyszkowicza Wincentego, De facultatibus ac earum functionibus, Bazylea, 1598. Tegoż, *ἀγωνιǫμα ἰατǫικὸν* Bazylea, 1600, Diss. inaug. Szulca Jana, Theses medicinae de arthritide et lithiasi etc., Padwa, 1610, Diss. inaug. Kilkunastu lekarzy, z pomiędzy wymienionych przez Lachsa, pozostawiło księgozbiory, nieraz bardzo bogate. Między nimi zadziwia nas taki Krzysztof Resler, który „wyrósł widocznie w nieświetnych stosunkach majątkowych", majątek po nim pozostały był bardzo skromny, bo składał się jedynie z ogrodu a mimo tego pozostawił „xiąg wielkich y małych in medicinis dwieście sześcioro". Lekarz Wolfowicz pozostawił, między innymi, dzieła lekarzy okresu bizantyńskiego, Arabów i reprezentantów szkoły salernitańskiej. Kronikę Lachsa czyta się z wielkiem zainteresowaniem, gdyż w miarę jak ją czytamy, coraz to inne myśli nasuwają się nam, odnośnie do stosunków ówczesnych lekarzy, jakoteż środowiska w którem żyli. Czytając Kronikę Lachsa poznajemy też jak krytycznie trzeba przyjmować daty, umieszczone na nagrobkach. Data np. na nagrobku Dr. Joannicego, który znajduje się w kościele P. Marji, podaje, że Joannicy umarł w r. 1645. Tymczasem Lachs wykazuje, wedle aktów miejskich, że Joannicy już po r. 1613 z pewnością nie żył. Podobnie Dr. Jakób Roskowicz, który umarł już na cztery lata przed rokiem na nagrobku podanym. Podobnie błędnie informuje nas nagrobek Sebastjana Petrycego. Lachs cytuje w swej Kronice szereg wyjątków z aktów. Możeby się zdało tych cytat więcej i obszerniejszych, zmieniłoby to jednak musiało charakter a przedewszystkiem rozmiar publikacji, z czem się autor zapewne liczył, ze względu na trudności wydawnicze. O przypuszczeniach Lachsa odnośnie do wydobycia katarakty pisałem już na innem miejscu, (Hist. okul. w Polsce, 1928, 97).

A. Bednarski

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przemysł Chemiczny, nr. 8, z kwietnia 1929 r. St. P i l a t i J. W i n k l e r: Wyższe alkohole z węglowodanów naftowych. — Dział sprawozdawczy.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 16, z 21 kwietnia 1929: D e l a b y i C h a r o n n a t: O znaczeniu liczby jodowej. — S t e f a n o w s k i: Z niedawnej przeszłości. — Sprawy zawodowe.

Medycyna, rok III, nr. 11—12, z 23 maja 1929: J. E. C h m i e l e w s k i: O leczeniu gośćca szczepionką Paul'a (C. V.). — Sew. C y t r o n b e r g: O właściwościach soku żołądkowego i o mechanizmie jego wydzielania (c. d.).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 16, z 18 kwietnia 1929: R. K r a u s: Co wiemy o odporności w gruźlicy (dok.). — J. R u t k o w s k i: O mięsaku limfatycznym (c. d.). — N. Z a n d o w a: Termoregulacja (streszcz. zbior.). — L. K a w a ł e k: O działaniu Cibalginy. — Z. B y c h o w s k i: Ludwik Maurycy Hirschfeld, Profesor anatomji.

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 8, z 15 kwietnia 1929: A. J a n u s z k i e w i c z: Niemiarowość jako objaw i jako przedmiot leczenia. — J. C z y ż a k: O pęknięciu samoistnem tętnicy głównej podczas ciąży i porodu. — T. G e r w e l: Leczenie szczepionkami w oto-rhino-laryngologji na zasadzie doświadczeń klinicznych lat ostatnich.

Kronika dentystyczna, rok XXIV, nr. 3—4, za marzec i kwiecień 1929: D. K o n: Dwa przypadki samoistnego krwawienia w jamie ustnej. — H. S z t a b h o l c: Czy wyjmowanie zębów wskazane jest w przebiegu ropnia?

Lekarz wojskowy, rok X, tom 13, nr. 8, z 15 kwietnia 1929: L .Z e m b r z u s k i: Ś. p. dr. Eugenjusz Lewenstern. — L. Z e m r z u s k i: Stan chirurgji w pierwszej połowie XIX wieku i kilka uwag o współczesnej chirurgji polskiej. — G. S z u l c: Ogólne podstawy profilaktyki chorób zakaźnych w polu. — M. M a r c z e w s k i: Współczesne metody walki z gruźlicą bydła.

Biuletyn Sekcji sanitarnej Towarzystwa Wiedzy Wojskowej, rok I, 1928, nr. 3—4 za lipiec-grudzień 1928: J. Ś w i e c h o w s k i: Opis sanitarnych warunków garnizonu Żółkiew. — Sprawozdania z posiedzeń.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 8, z r. 1929: L. K r z e m i e n i e c k a: Wiersz „Kałuża". — M. J a c y n o w a: Kształcenie woli. — E. S z e l b u r g-Z a r e m b i n a: Najlepsza zabawa. — J. P r a ż m o w s k a: Czas pomyśleć o wakacjach. — M. W ą s o w i c z-S o p o ć k o w a: Wychowanie estetyczne. — M. M i ł o b ę d z k a: Gimnastyka dziecięca. — M. M o r z k o w s k a: Co powinna robić matka aby mieć więcej pokarmu. — T. W e l f l e: Rabka. — Matki między sobą.

Polski Przegląd Oto-laryngologiczny, tom V, zeszyt 3—4, rok 1928: A. D o b r z a ń s k i: Rzadki przypadek brodawczaka twardego jamy nosowej i podniebienia twardego. — K. S z u m o w s k i: Leczenie twardzieli środkami chemicznemi. — K. S z u m o w s k i: Rzadki przypadek ciała obcego w przewodzie usznym zewnętrznym. — A. L a s k i e w i c z: Przyczynek do histopatologji zmian wywołanych zatorem naczyń błędnikowych. — A. L a s k i e w i c z: Przypadek ropnia Citellego, powikłany przebiciem ściany zatoki esowatej. — S. L e w a n d e: Przypadek ropnia mózgowego pochodzenia usznego. — A. L a s k i e w i c z: O ciałach obcych w krtani. — S. W ą s o w s k i: Kiła ucha. — J. S z m u r ł o i T. W ą s o w s k i: Skrzywlenie przegrody nosowej w świetle cyfr i spostrzeżeń. — K. S a w i c z: O amyloidzie podstawy języka i krtani. — B. D y l e w s k i: O leczeniu agryrolem i pokrewnemi preparatami przewlekłego ropienia zatok bocznych nosa i ozeny. — T. W ą s o w s k i: Metoda plastycznego zamknięcia otworu za uchem, powstałego po zabiegu doszczętnym.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery Gynecology and Obstetrics.

1927. XLV. 4.

J. J o e l s o n i W. L o w e r: *Sprawy zapalne pęcherza naśladujące nowotwory.* Opis trzech przypadków (jeden tuberculoma i dwa zwykłe guzy zapalne na tle przewlekłego drażnienia). Guzy te naśladowały nowotwór do tego stopnia, że myliły rozpoznanie.

O takich guzach należy myśleć przy rozpoznawaniu różniczkowem zwłaszcza u kobiet. Rozpoznanie należy ustalić za pomocą badania mikroskopowego.

M. S c h r e i b e r: *Zwężenie moczowodu — jej anatomiczne i patologiczne podstawy.* Na podstawie 100 sekcyj dochodzi autor do następujących wniosków:

zwężenie moczowodu z powodu miejscowego zapalenia ściany jego pochodzenia przerzutowego jest bardzo rzadkie,

zwężenie moczowodu znajduje się najczęściej 2—6 cm ponad jego ujściem i może być pochodzenia: 1) wrodzonego, 2) zapalnego w następstwie przejścia sprawy zapalnej z przydatków, 3) z powodu ucisku wywołanego przez krzyżujący się vas deferens (u mężczyzny) i art. uterina (u kobiety) z moczowodem.

W. O r r: *Leczenie zapalenia szpiku kostnego.*

L. B e l l: *Zapalenie krezkowych gruczołów chłonnych naśladujące ostre sprawy chorobowe brzucha.*

T. N a z a r o v: *Zespolenie woreczka żółc. z żołądkiem przy wrzodzie żołądka.* Zespolenie woreczka z żołądkiem jest wskazane w przypadkach z nieznacznym naciekiem tj. w tych przypadkach, w których wykonuje się obecnie zespolenie żołądkowo-jelitowe. Jestto zabieg technicznie prostszy i nie powoduje takich powikłań jak zespolenie żołądkowo-jelitowe a fizjologicznie jest bardziej uzasadniony. Wyniki tego sposobu leczenia są zadawalniające.

A. S t e i n d l e r: *Ortopedyczne zabiegi wytwórcze na ręce i przedramieniu.*

Ph. K r e u s c h e r: *Ortopedyczne postępowanie przy bólu w krzyżach w związku z nieprawidłowościami w miednicy.* Autor jest zdania, że większość przypadków z bólem w krzyżach należy do leczenia ortopedycznego a nie ginekologicznego, ponieważ ból ten jest rzadko wywołany przez zmiany w samych tylko narządach miednicy.

R. B e s t: *Ból w krzyżach.*

J. G r e e n h i l l: *Jajko ludzkie (piętnastodniowe).*

B. H a g e r i W. B r a a s c h: *Cystografja.* Autor jest wielkim zwolennikiem cystografji, którą poleca jako pewny sposób rozpoznawczy.

Chirurgja kliniczna.

Chamberlain: Częściowe wycięcie żołądka z powodu wrzodu.
Rowlands: Wycięcie pęcherzyka żółciowego.
Coughlin: Zabiegi wytwórcze pachy po usunięciu raka sutka.
Bunnel: Naprawa rozszczepu podniebienia.
Babcock: Idealny szew przepukliny.
Mc Pheeters: Leczenie żylaków za pomocą zastrzyków.
Vinson: Ciało obce oskrzeli pochodzenia płucnego.
Mock: Leczenie złamań palców i śródręcza.
Rolnick: Zabieg przy bezpłodności mężczyzn.

Janik (Lwów).

Long Island Medical Journal.

The Official Organ of the Associated Physicians of Long Island.

Nr. 1, January, 1929.

Sir S. S p r i g g e (redaktor naczelny lekarskiej gazety angielskiej „Lanceta"): *Żurnalistyka lekarska i postępy nauki.*

H. F. K r a m e r i J. J. S t e f a n o: *Gastroskop Schindlera.* Autorzy stosowali w praktyce gastroskop Schindlera (przez 3 lata), który umożliwił im niejednokrotnie w wątpliwych przypadkach postawienie trafnego rozpoznania. Przyrządem tym badano 82 chorych. Instrument przy pomocy odpowiedniego układu zwierciadeł z lampką oraz giętkiej sondy pozwala na dokładną endoskopję. Ułożenie ciała chorego posiada dla udania się badania olbrzymie znaczenie. Autorzy podają dokładny opis. Gastroskopem doskonale poznać można uszkodzenia błony śluzowej, wrzody, nowotwory i in. Obserwować można niem i nadmierne wydzielanie żołądka. Przy pewnej wprawie, wykonujący endoskopję, jest w możności odróżnić wrzód okrągły od innych owrzodziałych procesów, rozwijających się w błonie śluzowej. Wrzód okrągły wygląda podobnie, jak przy autopsji; posiada gładkie brzegi, czasami podminowane, gładką, lśniącą podstawę. Naokoło brzegu widoczny jest pas nieco zaczerwieniony. Przy badaniu powtórnem obserwowali proces gojenia się. Przy badaniu końcowem, 4 miesięcy po pierwszem, jeszcze widocznym był powierzchowny wrzód, pokryty strupem, chociaż chory wolny był od wszelkich dolegliwości. Z tego powodu autorzy zmuszeni byli mimo braku objawów, jeszcze przez okres 6 miesięcy otaczać chorego troskliwą opieką. W kilku przy-

padkach znaleźli wrzód na przedniej ścianie żołądka. W jednym przypadku obserwowali wrzód, w 4 miesięcy po przyżeganiu. Wrzód przyżegany był okrągły, gładki, o grubych brzegach, bledszy od otaczającej go błony śluzowej z wązkim, czerwonym paskiem koncentrycznym. Często spostrzegano nadżerki błony śluzowej żołądka u chorych, wykazujących objawy wrzodu; krew w żołądku i stolcu, krwawe wymioty, jednak bez radjograficznego dowodu. Drobne te owrzodzenia są powierzchowne, otoczone szerokim, czerwonym krążkiem, bardziej ocienione od wrzodów okrągłych. Owrzodzeń tych jest więcej, są rozsiane, pigmentowane lub krwawiące. Pola pigmentowane przedstawiają miejsca wygojone, po przedwstępnej absorpcji. Wrzody towarzyszące przewlekłym nieżytom żołądka i wrzodziejącym katarom żołądka są podobne lecz wykazują zmiany dodatkowe w postaci obrzęku lub błony ziarnistej. Wrzody złośliwe są większe, posiadają nierówne, ząbkowane brzegi i poszarpaną podstawę. Mc. Carthy twierdzi, że złośliwość zaczyna się powyżej wymiaru $2^1/_2$ cm opierając swoją uwagę na 900 badanych przypadkach. Niejednokrotnie w przypadku, w którym roentgen był niezupełnie jasnym, decydował gastroskop o dalszem leczeniu chorego. Badali cały szereg przypadków, operowanych, kontrolując dalszy przebieg choroby. Uchyłki są również dostępne dla wziernika żołądkowego. Gastroskop w przypadku, klinicznie podejrzanym na raka, wykazał kilak, wprowadzając leczenie na właściwe tory. Opisy niektórych przypadków i szereg ilustracyj (9) uzupełnia niniejszy artykuł.

T. Stuart Hast: *Niemiarowość serca.* (Kontrolowanie rozpoznań przy pomocy elektrokardjografji). Autor omawia ważność elektrokardjografji w rozpoznawaniu skurczów dodatkowych (częstoskurczu napadowego) (różniczkowe rozpoznanie pomiędzy „simple sinus tachycardia" a „auricular flutter" umożliwia elektrokardjografja), niemiarowości zatokowe, zupełnego bloku sercowego, tętna naprzemiennego i in. Zdaniem autora jednym z najtrudniejszych problemów medycyny wewnętrznej jest rozstrzygnięcie znaczenia napadowego niepokoju („paroxysmal precordial pain"). Często niemożliwem jest, pomimo użycia wszystkich metod rozpoznawczych, stojących nam do dyspozycji, rozstrzygnąć, czy przyczyna spoczywa w nerwicy czynnościowej, schorzeniu aorty, defekcie wieńcowym, uszkodzeniu mięśnia sercowego, kamieniu żółciowym albo wrzodzie dwunastniczym. Poprawna ewaluacja symptomów posiada życiowe znaczenie dla chorego. Elektrokardjogram może nam umożliwić postawienie pewnego rozpoznania choroby wieńcowej lub mięśnia sercowego. Autor dochodzi do wniosku, że obowiązkiem lekarza jest w przypadkach sercowych kontrolować rozpoznanie zawsze przy pomocy elektrokardjografji, by uniknąć przykrych niespodzianek.

N. P. Rathbun: *Rozwój urologji, jako odrebnego działu medycyny.* Szkic historyczny.

J. T. Fuller: *Zatrucia krwi w ciąży (Toxemias of Pregnancy).* Od roku 1923 — 1928 napotkał autor 416 przypadków toksemji w ciąży. Leczenie „hyperemesis gravidarum' polegało głównie na podawaniu karbohydratów doustnie lub dożylnie. Wyniki są zadawalniające. W 74% przypadków ustąpiły wymioty; w 8,1% nastąpiła znaczna poprawa; 8% stracił autor z oczu, jedna chora zmarła. Autopsja wykazała wodonercze. Leczenie zatruć preeklamptycznych polegało na spoczynku, diecie i obserwacji. W przypadku wzmagania się ciśnienia krwi lub ukazania się objawów innych, stosowano 10 — 12 ccm 25% roztworu siarczanu magnezowego wśródżylnie, 500 ccm 5% glukozy wśródżylnie oraz morfinę. Śmiertelność wynosiła ledwie 1%. Eklampsję leczono wysokiemi irigacjami, morfiną, flebotomją, siarczanem magnezowym domięśniowo lub dożylnie, glukozą oraz ścisłą dietą. Z całego szeregu przypadków wyleczonych zanotowano tylko 1 przypadek śmiertelny (schock). Przy toksemjach w kilku zaledwie przypadkach wypróżniono macicę (większość wykazywała wskazania; wązka miednica lub obumarcie płodu). Racjonalne leczenie zatruć krwi, zdaniem autora po całym szeregu doświadczeń, polegać powinno na spokoju, podawaniu brakujących karbohydratów i płynów. W leczeniu tych przypadków nie jeset koniecznem wypróżnienie macicy, chyba w przypadku wzrastającego ciśnienia krwi albo wskazaniach, jak wązka miednica lub t. p.

I. Silverman: *Rak i inne złośliwe nowotwory szyi.* Autor omawia etjologję, patologję, różniczkowe rozpoznanie oraz leczenie złośliwych nowotworów tarczycy, gruczolaków, mięsaka limfatycznego i choroby Hodgkina.

A. V. P. Fardelman: *Wrzód żołądka* (opis przypadku). Autor opisuje przypadek wrzodu żołądka, który po dość długo trwającem leczeniu konserwatywnem poddał się operacji. Po operacji chory ma się dobrze. Autor sądzi, że chory byłby wyzdrowiał i bez zabiegu chirurgicznego. Autor opisał ten przypadek w nadziei, że bardziej doświadczeni lekarze, napotykając ciągle w literaturze wzmianki za i przeciw operacji, skrystalizują swe stanowisko i oznaczą pewne reguły, odnoszące się do chirurgji żołądka.

Opis przypadków z „The Kings County Hospital" miasta New-Jorku a) Apoplexia cerebri. 39-letniego mężczyznę przywieziono w głębokim koma. Powrócił wieczorem z pracy, skarżąc się na ból w karku. Dostał silnych wymiotów i stracił przytomność. Uraz wykluczony. Po kilku godzinach zmarł. Autopsja wykazała krwawienia w mózgu. Prawdopodobnie schorzenie tętnicze na tle toksycznym; b) Fractura cranii. Chory upadł, uderzając silnie głową o podłogę. Nie stracił przytomności, z powodu lekkiego bólu głowy ułożył się do łóżka. Spał dobrze. Rano nie mógł opuścić łóżka z powodu silnego bólu gowy. Przez cały dzień spał, wieczorem rozmawiał wprawdzie lecz był apatycznym. Następnego ranka przywieziono go w ciężkim stanie do szpitala, gdzie tego samego dnia zmarł. Sekcja wykazała apopleksję mózgu.

Sprawozdania Towarzystwa lekarskiego. Oceny książek.

Ungar (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie Lwowskie.

XXXI. Posiedzenie z dnia 14. XII. 1928 r.

Przewodniczący kol. Ziembicki.

Przewodniczący wygłasza wspomnienie pośmiertne ku czci ś. p. Jakóba Moszkowicza, wiceprezesa lw. Izby lek. Pamięć ś. p. zmarłego uczczono przez powstanie.

1. Kol. Aleksiewicz przedstawia przypadek gruźlicy kręgosłupa z wtórną paraplegją. Zabieg leczniczy wykonano metoda Calvy'ego t. j. cewnikowaniem kręgosłupa.

W dyskusji kol. Gruca: Wynik bezpośredni uzyskany w przypadku kol. Aleksiewicza jest bardzo korzystny i bardzo szczęśliwy. Nie ulega jednak wątpliwości, że sposobem Calvé nie w każdym przypadku da się podobny wynik uzyskać. Prócz wymienionych przez kol. A. przyczyn paraplegji przy gruźliczem zajęciu kręgosłupa — najczęstsza bodaj przyczyna jest ucisk ropnia przedkręgowego na drogi chłonne i naczynia żylne kanałów międzykręgowych i połączony z tem obrzęk opon i rdzenia. W przypadkach tego rodzaju nakłucie kanału kręgowego do celu nie doprowadzi i jest niebezpieczne. Nie doprowadzi również przy obecności ziarniny w kanale kręgowym. W przypadku przedstawionym przez kol. Aleksiewicza zdjęcie Rentgenowskie w chwili zabiegu nie daje dowodu, że igła znajdowała się w kanale kręgowym a nie w przestrzeni przedkręgowej. Za tem przypuszczeniem przemawiałaby ilość ropy wydobytej 25 cm³, nie spotykana nawet przez samego autora zabiegu Calvégo. Nie zmniejszałoby to wartości zabiegu Calvégo, który odpowiednio zmieniony i opracowany mógłby oddać duże usługi właśnie przy nakłuciach ropni przedkręgowych. Oryginalny zabieg Calvégo jest zbyt subtelny, aby mógł się przyjąć ogólnie, nawet gdyby wskazania do tego zabiegu były częstsze, niż są w rzeczywistości.

Odnośnie do Costotransversektomji doświadczenia kliniki chirurgicznej nie potwierdzają zdania kol. Aleksiewicza, że po niej następuje zawsze zakażenie wtórne i śmierć. W klinice chirurgicznej lwowskiej operowano w ostatnich latach dwa przypadki z zupełną paraplegją i zaburzeniami pęcherza. Jedną chorą po wyleczeniu costotransversektomją pokazywał w tem Towarzystwie kol. Hilarowicz. Chora przyszła sama do demonstracji. Ta sama chora było przed kilku tygodniami do kontroli. Przybyła bardzo znacznie na wadze, a ognisko w kręgosłupie jest prawie całkiem zgojone.

U drugiego chorego ruchy kończyn i czynność pęcherza wróciły do normy i mimo, że chory pozostaje w opiece domowej niema zakażenia wtórnego. Costotransversektomja opróżniając ropień przedkręgowy odciąża rdzeń, pozwala na odpływ ropy nawet znajdującej się w kanale kręgowym i przez reaktywne przekrwienie czynne przyspiesza „topienie" się ewentualnej ziarniny i stąd jest zabiegiem bardzo celowym i pożytecznym.

Odnośnie do łóżeczka gipsowego G. nie zgadza się z Al., że niema wartości. Dobrze zrobione łóżeczko gipsowe ustala lepiej niż za szeroki gorset, w którym chory swobodnie porusza się, a przytem umożliwia utrzymanie chorego czysto, co ma specjalną wartość przy tbc. ze względu na utratę apetytu u chorych długo nie mytych, a jeszcze ważniejsze u chorych z porażeniami, skłonnych do odleżyn.

Kol. Barącz podnosi, że abscesy występują rzadko epiduralnie. Najlepsze wskazania ma w podobnych przypadkach costotransversoktomja. Przemawiali nadto: kol. Chrapek i prelegent.

2. Kol. Ziembicki wygłasza odczyt pod tytułem: „350-lecie polskiego piśmiennictwa balneologicznego a zarazem 350-lecie bibliografji Szkła-Zdroju". (Przeznaczone do druku). Tem samem zagaja prelegent dalsze komunikaty i dyskusję na temat Szkła.

3. Rektor Nadolski, komis. Rządu wygłasza komunikat w sprawie zamierzeń Rządu Rz. P. w związku z rozwojem Zdroju-Szkła.

4. Kol. Sabatowski omawia w komunikacie stan chemiczny i leczniczy wód szkielskich.

5. Kol. Feller przedstawia w zarysie rolę Kasy chorych w Szkle-Zdroju.

W dyskusji Rektor Nadolski dodaje, że głębokie wiercenia w Zdroju-Szkle rokują dobre nadzieje. Należy się spodziewać, że otrzymamy wodę o wyższej ciepłocie.

6. Kol. Selcer M. wygłasza swoją część ze zbiorowego odczytu poświęconego Zjazdowi przeciwgruźliczemu w Rzymie.

Sekretarz: *Stan. Ostrowski.*

XXXII. Posiedzenie z dnia 21. XII. 1928 r.

Przewodniczący kol. Ziembicki.

1. Kol. Przewodniczący przedstawia proponowaną z ramienia Wydziału Tow. lek. listę Komisji-Matki, którą na wniosek kol. Schramma przyjęto przez aklamację. Równocześnie wybrano jednogłośnie kol. Emila Dawidowicza jako drugiego członka Komisji rewizyjnej.

2. Kol. Schusterówna omawia: a) przypadek pęknięcia serca, b) przypadek kilaka przysadki mózgowej.

W dyskusji ad a) kol. Sochański przedstawia obszernie przebieg kliniczny, podkreślając w szczególności współistniejącą cukrzycę.

Ad b) Kol. St. Ostrowski podnosi, że w chwili przeniesienia chorego na oddział kiłowy — nie było za życia wyraźnych cech, któreby przemawiały za guzem przysadki. Po sekcji, zrozumiałe są: ciężki stan, wyniszczenie, przebarwienia na znacznej przestrzeni i odbarwienia skóry, które prawdopodobnie należy odnieść do guza przysadki względnie do zmian w nadnerczach i tarczycy.

3. Kol. Hilarowicz przedstawia dwa przypadki t. zw. *„degastroenterostomizacji"* operowane na klinice chirurgicznej, zabiegu polegającym na zniesieniu zespolenia żołądkowo-jelitowego. Omawia pozostającą z tem w ścisłym związku sprawę postępowania chirurgicznego w przypadkach objawów wrzodu traw. żołądka i dwunastnicy, którego jednak przy zabiegu nie można stwierdzić, najgorsze wyniki daje w tych razach zespolenie, które o ile jest korzystnem przy istniejącym wrzodzie, o tyle w tamtych przypadkach powoduje jeszcze większe dolegliwości jako t. zw. chorobę zespoleniową. O wiele korzystniejszym zabiegiem jest t. zw. pyloromyotomja Payra, który w podobnych przypadkach stosowano na klinice dziewięciokrotnie poniekąd ze świetnym wynikiem. Polecaną przez niektórych resekcję (Přibram) uważa mowca w tych razach za zabieg zbyt radykalny i niekonieczny. Złe następstwa zespolenia dają się usunąć przez zniesienie tegoż, co wykazano w obydwu przedstawianych przypadkach, mężczyzny i kobiety. Byli oni operowani po raz pierwszy w r. 1916 wzgl. 1918, przyczem zespolenie wykonano prawdopodobnie bez ścisłego wskazania. Przy następnych dwukrotnych laparotomjach wykonanych na klinice u obojga nie stwierdzono mimo znacznych dolegliwości żadnych zmian w zespoleniu. Ponieważ dolegliwości zwiększały się, usunięto obecnie u obojga chorych zespolenie, do czego dodano jednak pyloromyotomję, a to w celu zwiotczenia nieczynnego przez wiele lat odźwiernika, oraz zabezpieczenia żołądka przed ewentualnym wzrostem kwasoty po zniesieniu zespolenia. Wynik doraźny jest w obu przypadkach bardzo dobry, świadczą one o tem, że dolegliwości po zespoleniu zależą nie od złej techniki wykonania tegoż, lecz przedewszystkiem od nieścisłego i nieodpowiedniego wskazania.

4. Kol. Gruca omawia *dwa przypadki operowanych zastarzałych zwichnięć wrodzonych biodra.* I. przyp. M. S., lat 26, wrodzone zwichnięcie biodra prawego ku górze zewnątrz i nieco ku tyłowi. Od trzech lat datowały się bóle z początku tylko przy chodzeniu, a później i w nocy, na które nie miało żadnego trwalszego wpływu, leczenie kąpielami, naświetlaniem etc. na oddz. III Szpitala powszechnego. Z końcem kwietnia b. r. wykonano u chorej operację „widełkową" Bas. Lorenz-Harsa, dolny odcinek kości udowej wprowadzono do panewki, górny zrósł się z dolnym pod kątem otwartym na zewnątrz. Po trzech miesiącach zdjęto gips i chora poddała się leczeniu gimnastycznemu, mięsieniem i kąpielami. Obecnie anatomiczny cel operacji jest osiągnięty idealnie, tj. kość udowa opiera się o dach panewki i że właśnie ten odcinek dźwiga ciężar ciała, widać (pokaz przeźroczy) po silniejszem zwapnieniu dolnego odcinka w porównaniu z górnym. Bóle ustały zupełnie. Chora nieznacznie kuleje, gdyż obawia się jeszcze naciskać prawidłowo na operowaną kończynę, a częściowo z powodu kolana koślawego, jakie istniało już przed operacją. Objaw Trendelenburga zniknął zupełnie. Ruchy w stawie biodrowym są jeszcze nieco ograniczone, zwłaszcza zgięcie, które w stawie biodrowym dochodzi 45°, resztę chora kompenzuje ruchomością kręgosłupa, odwiedzenie do 60°, przywiedzenie 40°, ruchy rotacyjne wolne. Ruchy te z czasem niewątpliwie powiększą się, choć pełnych ruchów nie można spodziewać się, gdyż tamuje je torebka stawowa, otaczająca wysoko ku górze wysuniętą główkę kości udowej.

Przyp. II. M. W., lat 42, obustronne zwichnięcie wrodzone biodra od października 1917. Bóle przy chodzeniu i w nocy, które pogorszyły się tak dalece, że z początkiem bieżącego roku chora zgłosiła się do Szpitala do leczenia. Ponieważ po 7 tygodniowem leczeniu poprawy nie było, zdecydowała się na zabieg operacyjny 1. III. 28. Wykonano u niej po jednej stronie, więcej bolesnej „bifurkację" jak w przypadku pierwszym z tą różnicą, że odcinka obwodowego kości udowej nie wprowadzono do panewki, a tylko wstawiono w odwiedzeniu na wysokości panewki. Obecnie bólów żadnych chora niema, mimo, że chodzi bardzo dużo. Objaw Trendelenburga jest zaznaczony, kulenie prawie niewidoczne. Zdjęcie i wyprostowanie w stawie biodrowym odbywa się w granicach ok. 100°, skręcanie na wewnątrz i odwodzenie jest nieco ograniczone. Chora jest z wyniku bardzo zadowolona.

Zabiegów tego rodzaju wykonano na klinice chirurgicznej dotychczas 10, wyniki są na ogół zupełnie zadowalniające. Ostatni przypadek operowany był z powodu biodra szpotawego na tle prawdopodobnie choroby Pageta. (Pokaz przeźroczy).

W dyskusji kol. Schramm omawia szczegółowo stosunki anatomiczne, które wytwarzają się po zabiegu i podstawy teoretyczne operacji.

5) Kol. Cybulska i Weingartenówna omawiają przypadek odmy u chorego z gruźlicą płuc z wtórnym zatorem powietrznym i objawami meningocalnymi.

W dyskusji kol. Nowicki omawia sposoby powstawania zatorów po uszkodzeniu płuca.

Kol. Węgrzynowski podnosi względną częstość zatorów powietrznych w odmie.

6. Kol. Krassowska omawia przypadek podwójnej odmy płucnej z powikłaniami.

7. Kol. Krzemicki Izydor wygłasza odczyt p. t.: Krytyczne uwagi o perimetrji klinicznej (z pokazem przyrządów i wykresów).

SPRAWY ZAWODOWE.

Dr. Stanisław LEWICKI. Krynica.

Kilka uwag o lekarzach zdrojowych.

Przeglądając roczniki starych czasopism, jakiegoś „Tygodnika ilustrowanego" czy „Bluszczu" znalazłem szkic komicznej figurki, pana, który w lśniącym cylindrze i czarnym tużurku, w białej krawatce i białych rękawiczkach, z bukietem w ręku objeżdżał w wynajętym powozie domy w większych miastach. Był to lekarz zdrojowy, który przed rozpoczęciem sezonu kąpielowego odwiedzał lekarzy i zamożniejszych pacjentów, polecając się ich pamięci. Praca ciężka i bardzo niemiła. Najczęściej lekarz miejski przyjmował zaraz swego kolegę - nie rzadko jednak trafiali się mniej uprzejmi lub bardzo zajęci lekarze, którzy kazali swemu koledze wyczekiwać swojej kolejki wśród pacjentów w poczekalni. Taki był dawniej zwyczaj — i zwyczaj ten do dziś dnia istnieje, szczególniej u młodszych lekarzy. Ale i niektórzy starsi lekarze, osiwiali w praktyce zdrojowej, zwyczaju tego, tak niemiłego dla lekarza w mieście, a poniżającego godność dla lekarza zdrojowego, nie zarzucili. Możnaby jeszcze wybaczyć, gdy młody lekarz, rozpoczynający praktykę w zdrojowisku, a dotychczas nikomu nieznany, chce osobiście przedstawić się starszym kolegom, jakkolwiek to do celu nie prowadzi, gdyż lekarz miejski z wyglądu lekarza zdrojowego, z jego czarnego lub jasnego tużurka nie może osądzić o jego zdolnościach i wiedzy. Jednakże odwiedzanie lekarzy w mieście co roku przed sezonem kąpielowym przez lekarzy starszych, praktykujących w zdrojowiskach, ma cechy czystej reklamy, podobnie jak odwiedzanie i zachwalanie nowych wyrobów przez komiwojażerów firm farmaceutycznych i innych. Co wolno

firmom przemysłowym, nie wolno lekarzom i należy uważać ten sposób reklamy, szczególniej praktykowany przez starszych lekarzy, za niezgodny ze stanowiskiem lekarza, przykry i uciążliwy (bo przeszkadzający w pracy) dla lekarzy w mieście, a poniżający dla lekarza zdrojowego. Należałoby raz zerwać z tym zwyczajem, a lekarze w mieście mogliby dać do zrozumienia kolegom ze zdrojowisk, że zwyczaj ten uważają za... niepotrzebny.

Lekarz w mieście, kierując swego chorego do lekarza w zdrojowisku, daje mu najczęściej list polecający. List taki jest wskazany wtedy, jeśli lekarz w mieście, mający chorego w dłuższem leczeniu, chce przesłać koledze uwagi co do indywidualnego stanu chorego, jego tolerancji na pewne sposoby lecznicze i t. d.

Zdarza się jednak bardzo często, że lekarz miejski narzuca lekarzowi zdrojowemu szczegółowo całe leczenie i to nawet (bo i to niezbyt rzadko się zdarza), nie znając środków leczniczych danego zdrojowiska. Lekarz zdrojowy, chcąc być lojalnym wobec kolegi z miasta, musi szukać wyjścia z nieraz przykrej sytuacji. A nawet znam takie wypadki, gdzie lekarz z miasta zalecał chorego badaniem n i e m ę c z y ć, lecz mu tylko leczenie według przesłanego rozpoznania przepisać! Najlepiejby było, aby list kolegi z miasta, który zresztą jest bardzo cenny dla lekarza zdrojowego, zawierał tylko rozpoznanie i uwagi co do przebiegu dotychczasowego leczenia — resztę trzeba zostawić lekarzowi zdrojowemu, który zna najlepiej zdrojowisko i jego środki lecznicze i przez wieloletnie doświadczenie nauczył się je odpowiednio stosować i nieraz słusznie nazywany jest specjalistą - terapeutą.

Zarzuca się często lekarzom zdrojowym, że mało pracują naukowo na polu balneologji. Zarzut poniekąd słuszny, lecz trzeba uwzględnić trudności, na jakie lekarz, chcący pracować w zdrojownictwie, napotyka. W sezonie zdrojowym lekarz zdrojowy, nawet o małej praktyce, nie ma bezwzględnie czasu na jakąkolwiek pracę naukową, gdyż w przeciągu kilku zaledwie miesięcy letnich musi przyjąć tylu chorych, co lekarz w mieście przez cały rok. Zresztą chorzy prywatni nie godzą się na jakiekolwiek doświadczenia, choćby najbardziej naukowe, a środki lecznicze zdrojowiska są w sezonie tak zajęte, że na robienie w tym czasie doświadczeń np. z kąpielami nie zgodzi się żaden zarząd zdrojowiska. Największa ilość chorych w zdrojowiskach zgłasza się do lekarza tylko raz jeden, z rozpoczęciem leczenia — później lekarz zdrojowy traci ich z oczu i trudno ich namówić do częstszego zgłaszania się, choćby ze względów finansowych. Szpitali zaś, gdzie możnaby robić obserwacje chorego i przeprowadzić kliniczne badania, dotychczas niestety nie ma w naszych zdrojowiskach. W zimie natomiast, kiedy lekarz zdrojowy ma więcej czasu, nie ma chorych, a przedewszystkiem nie ma instytutów, gdzie podobne doświadczenia czy obserwacje możnaby robić! To samo jest nie tylko u nas, ale i w Niemczech, gdzie zaczynają dopiero powstawać instytuty, odpowiednio wyposarzone, gdzie prace naukowe balneologiczne dadzą się przeprowadzić. „Odpowiednio wyposarzone", gdyż prace te są bardzo kosztowne i nie każdy Zakład uniwersytecki jest w możności zdecydować się na ponoszenie tak znacznych kosztów jak np. urządzenie odpowiednich łazienek, sprowadzenie wagonów borowiny i t. d. Dlatego to balneologja naukowa w porównaniu z innemi gałęziami nauki lekarskiej jeszcze nisko stoi; pocieszmy się jednak (jeżeli to ma być pociechą), że nie tylko u nas, ale i zagranicą. Zaznaczyłem powyżej, że trudności te usprawiedliwiają do pewnego stopnia brak prac naukowych, napisanych przez lekarzy zdrojowych, jednak zupełnie ich nie uniewinniają i należałoby przez ogłaszanie konkursów za najlepszą pracę o zdrojowiskach, udostępnienie klinik i szpitali i utworzenie instytutu specjalnie pracy nad zdrojownictwem poświęconego zachęcić szczególniej młodszych lekarzy do pracy naukowej *).

Ten to stosunek pewnej zależności lekarza zdrojowego od lekarza w mieście, jego nieraz nieodpowiadające godności lekarza zachowanie się, a także brak poważniejszych prac naukowych, wyszłych z grona lekarzy zdrojowych spowodowały, że lekarz zdrojowy uważany jest dotychczas za jakiś pośledniejszy gatunek lekarza i to nie tylko przez lekarzy z miast, ale niestety, co się często wyczuwa nawet i przez publiczność.

*) Kierując się tą myślą Stowarzyszenie lekarzy krynickich ogłosiło konkurs na najlepszą pracę naukową z zakresu zdrojownictwa, ogłoszony w r. 1928 w czasopismach lekarskich polskich.

Zasady deontologji lekarskiej obowiązujące na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

Ciąg dalszy.

V. Przepisy o konsyljach lekarskich.

§ 36. Jeżeli zwołania konsyljum lekarskiego domaga się strona, to może ona zaproponować pewnego lekarza, jako konsulenta.

W razie, gdy ordynator doradza konsyljum, wybór konsultanta zależy od niego, przyczem może on stronie pozostawić wybór między kilkoma proponowanymi przez siebie kolegami.

§ 37. Konsultanta zaprasza ordynator, albo strona za zgodą ordynatora.

Termin konsyljum oznacza konsultant, o ile konsyljum nie jest niezwłocznie potrzebne.

Jeżeli w konsyljum ma wziąć udział więcej, niż 2 lekarzy, to termin oznacza ordynator po bezpośredniem, o ile to jest możliwe, porozumieniu się z kolegami, mającymi przyjąć udział w konsyljum.

§ 38. Lekarzowi, zaproszonemu na konsyljum przez ordynatora, nie wolno odmówić udziału w naradzie bez podania umotywowanych ku temu powodów.

§ 39. Na konsyljum lekarze winni stawić się punktualnie, o wyznaczonej porze, przyczem pożądane jest, aby lekarz ordynujący przybył nawet wcześniej i u chorego oczekiwał konsultanta.

W razie opóźnienia się z przybyciem na konsyljum jednego z lekarzy, co tylko w razie nadzwyczajnych i nieprzewidzianych przeszkód może mieć miejsce i z czego należy się usprawiedliwić, lekarz, który przybył w porę, winien czekać na kolegę z miasta przez 15 minut, na wsi zaś zależnie od okoliczności i dłużej, lecz najwyżej godzinę.

Lekarz, nie przybywający na konsyljum, winien zawczasu umotywować niemożność przybycia, zawiadamiając o tem kolegę, z którym miał mieć naradę.

§ 40. Gdy u chorego zjawił się tylko jeden z lekarzy w porze wyznaczonej na konsyljum i gdy wyczekiwanie na drugiego lekarza okaże się bezcelowe, to konsyljum uważa się za udaremnione i w razie potrzeby może być ono zwołane ponownie.

O ile konsyljum nie doszło do skutku z powodu opóźnienia się lub nieprzybycia konsultanta, to do udziału w ponownem konsyljum ordynator może zaprosić innego konsultanta.

§ 41. Jeżeli w porze wyznaczonej na konsyljum zjawił się tylko lekarz ordynujący, to zarządza u chorego, co uzna za wskazane.

O ile przybędzie tylko konsultant, to po bezskutecznem oczekiwaniu na lekarza ordynującego wolno mu zbadać chorego i przepisać, co uważa za stosowne. Wskazanem jest, by w podobnych przypadkach konsultant nie wypowiadał swego zdania, co do rozpoznania, leczenia i rokowania; jeżeli jednak ze względu na chorego, jego rodzinę, lub otoczenie byłoby to niemożebne, to zdanie swoje winien on wyjawić jaknajbardziej oględnie, by nie zaszkodzić opinji nieobecnego kolegi. Jeśli pogląd konsultanta na chorobę, rokowanie i leczenie jest odmienny od poglądu nieobecnego ordynatora, to uwagi pod tym względem winien konsultant przesłać ordynatorowi listownie lub osobiście je wypowiedzieć.

Pozostawienie takiego listu stronie z poleceniem doręczenia go ordynatorowi nie jest dozwolone.

§ 42. Podczas całego konsyljum konsultant winien występować razem z ordynatorem. Niedozwolone są wszelkie konferencje konsultanta z chorym lub z rodziną bez udziału ordynatora.

§ 43. Konsyljum rozpoczyna się od sprawozdania ordynatora o dotychczasowym przebiegu choroby, o rozpoznaniu i rokowaniu, oznajmionem przez niego stronie i dotychczasowem leczeniu. Ta wstępna konferencja, zależnie od uznania ordynatora, może się odbyć w obecności osób z rodziny lub otoczenia chorego, albo też poufnie tylko z konsultantem.

Po konferencji wstępnej następuje badanie chorego, którego dokonywa konsultant w obecności i przy współudziale ordynatora.

Po zbadaniu chorego obaj lekarze omawiają rozpoznanie, leczenie i rokowanie na poufnej konferencji, do której osób z otoczenia chorego dopuszczać nie należy.

Po ukończeniu tej poufnej konferencji lekarze przyzywają rodzinę lub osoby z otoczenia chorego i jeden z nich referuje o wynikach narady.

§ 44. Zależy od porozumienia między lekarzami, biorącymi udział w konsyljum, kto ma z nich referować o wynikach konsyljum.

Jeżeli zwołania konsyljum żądał ordynator, to referowanie do niego przedewszystkiem należy.

Jeżeli konsyljum domagała się strona, właściwiej jest, by konsultant podjął się referowania.

Wolno jest drugiemu lekarzowi uzupełnić wywody referenta, jeśli uważa, że pominięty został jakiś ważniejszy szczegół, lecz uczynić to może tylko w obecności tego kolegi.

§ 45. Na konsyljach o ile możności dążyć należy do zgodnego sformułowania opinji w głównej treści, pomijając różnicę zdań w szczegółach podrzędnych.

Jeśli nawet co do głównych podstaw rozpoznania, leczenia i rokowania nieda się osiągnąć zgodnej opinji, to należy w sposób oględny zawiadomić stronę o odmiennem pojmowaniu stanu choroby przez obu lekarzy, pozostawiając jej decyzję postępowania, co do wyboru lekarza dla dalszego prowadzenia kuracji.

VI. O honorarjach lekarskich.

§ 46. Każdy lekarz, jako przedstawiciel wolnego zawodu, ma prawo mieć swe własne, indywidualne, wyższe od zwyczajowych i ustalonych, normy opłat za wykonywane przezeń czynności lekarskie.

Jeżeli jednak te normy odbiegają od norm przeciętnych, zwyczajowych danej miejscowości, to winien on uprzedzić o tem każdorazowo swych klijentów.

Normy indywidualne nie mogą mieć zastosowania w przypadkach nagłych przy braku innego lekarza, który mógłby udzielić doraźnej pomocy. Przy wszelkich nieporozumieniach i zatargach o honorarja lekarskie pomiędzy lekarzami z jednej, a chorymi ich rodziną i otoczeniem z drugiej strony, obowiązują w myśl art. 21 Ustawy z dnia 2. XII. 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, cenniki poborów lekarskich, ustalone przez Urzędy Wojewódzkie Wileński i Nowogródzki w porozumieniu z Wil. Nowogr. Izbą Lekarską.

§ 47. Lekarz niema obowiązku leczyć ubogich bezpłatnie; wolno mu jest natomiast zrzec się w poszczególnych przypadkach części lub całego honorarjum (przeciętnego), przyjętego w danej miejscowości.

To zrzeczenie się całkowite lub częściowe honorarjum nie może być stosowane w celach konkurencyjnych i w celu zdobycia sobie popularności wśród chorych.

Lekarzowi nie wolno udzielać chorym zasobnym bezpłatnej porady lub pomocy w ambulatorjach publicznych, przeznaczonych dla osób ubogich. Nie wolno jest również odsyłać do bezpłatnych ambulatorjów osób, które są w stanie opłacić pomoc lekarską.

§ 48. Lekarz ma obowiązek leczyć bezpłatnie chorego kolegę zawodowego i tych członków rodziny, którzy na jego utrzymaniu pozostają, a także wdowy i niepełnoletnie sieroty po lekarzach, pozostające w ciężkich warunkach materjalnych.

Lekarzowi wezwanemu w wyżej wymienionych przypadkach należy się zwrot poniesionych wydatków.

Udzielanie bezpłatnej pomocy lekarskiej pomocniczemu personelowi lekarskiemu, pozostawia się do uznania lekarzowi, stosownie od przyjętych miejscowych stosunków.

§ 49. W razie zalegania należności za leczenie, lekarz ma prawo upomnieć się o takową, a nawet dochodzić jej sądownie. Przy egzekwowaniu należności od nieletnich i uczącej się młodzieży, szczególnie w przypadkach chorób wenerycznych, tajemnica lekarska, co do istoty cierpienia winna być bezwzględnie uszanowana.

§ 50. Pobieranie opłaty ryczałtowej za wyleczenie chorego, szczególnie w przypadkach chorób wenerycznych, branie zastawów, fantów, weksli i t. p. za leczenie, jest lekarzowi surowo wzbronione.

VII. Obowiązki lekarzy względem Izby Lekarskiej.

§ 51. Izbie Lekarskiej, jako urzędowej reprezentacji stanu lekarskiego przez ogół wybranej, winni lekarze szacunek i poparcie we wszelkich jej zarządzeniach.

§ 52. Każdy lekarz rozpoczynający wykonanie zawodu lekarskiego w okręgu Izby, obowiązany jest zgłosić się do takowej pisemnie w ciągu dni 14, jak również w tym samym terminie zawiadomić ją o każdej zmianie mieszkania.

§ 53. Każdy lekarz winien jest terminowo uiszczać opłaty izbowe, by nie zmuszać Zarządu Izby do ściągania tych opłat drogą egzekucji.

§ 54. W sporach między kolegami, powstałemi w związku z wykonywaniem zawodu lekarskiego winni są lekarze zwracać się przedewszystkiem do pośrednictwa Izby, przed która należy wytaczać wzajemne skargi.

§ 5. W sporach z pacjentami o honorarjum pośredniczy Izba jedynie za zgodą obu stron spór wiodących.

§ 56. Każdy lekarz ma prawo do zasięgania rady i opieki Izby we wszystkich przypadkach, w których Izba w granicach swych kompetencyj może występować.

VIII. Obowiązki Lekarzy Kas Chorych.

§ 57. Lekarze Kas Chorych winni mieć na uwadze przedewszystkiem dobro chorych, ubezpieczonych w tych Kasach i z tej racji chorzy ci winni być badani i leczeni z całą troskliwością i sumiennością wszelkiemi dostępnemi sposobami. Pomoc udzielana chorym kasowym czy to ambulatoryjnie, czy też w mieszkaniu chorego, nie powinna być pod żadnym pozorem mniej wydatna, niż w praktyce prywatnej.

§ 58. Stosując się w miarę możności do systemu oszczędnościowego, zalecanego przez Zarządy Kas Chorych, lekarze winni ze swej strony dążyć, aby stosowanie tego systemu w żadnym przypadku nie odbiło się ujemnie na kuracji i zdrowiu chorych.

§ 59. Obowiązkiem lekarzy Kas Chorych jest stosować się ściśle do następujących wymagań:

a) odwiedzać w mieszkaniach tylko obłożnie chorych,

b) unikać zbyt częstych powtórnych wizyt bez wyraźnych ku temu wskazań,

c) unikać zapisywania zbyt kosztownych środków leczniczych, a zwłaszcza patentowanych, zagranicznych specyfików,

d) oględnie ustalać niezdolność do pracy z powodu choroby, powodującą wypłatę zasiłku,

e) nie zwiększać sztucznie frekwencji chorych na swych przyjęciach ambulatoryjnych przez zalecanie częstych, a niepotrzebnych wizyt, lub też przez leczenie w zakresie nienależącej do nich specjalności,

f) traktować chorych uprzejmie i troskliwie.

§ 60. W stosunkach koleżeńskich lekarzy kasowych obowiązują ogólne zasady deontologiczne Izby Lekarskiej, a o ile w danem mieście istnieje Zrzeszenie lekarzy kasowych, to obowiązują również uchwały tego zrzeszenia, o ile nie są sprzeczne z zasadami ustalonemi przez Izbę.

§ 61. Ambulatorjum Kasy Chorych nie może być dla lekarza terenem reklamowania swego gabinetu prywatnego i wskazywania chorym, że kuracja w tym gabinecie dla tych lub innych powodów będzie skuteczniejsza.

To samo dotyczy lekarzy, odwiedzających obłożnie chorych.

§ 62. Działalność Naczelnego Lekarza Kasy Chorych winna być nacechowana przedewszystkiem troską o dobro chorych i o stworzenie możliwie dogodnych warunków pracy i materjalnej egzystencji lekarzom kasowym.

Naczelny lekarz pełniący obowiązki nadzorcze winien odnosić się do lekarzy kasowych z zachowaniem wszelkich względów koleżeńskich.

§ 63. Jest pożądane, aby w przypadkach odmiennego stanowiska w poszczególnych kwestjach, załatwianych lub proponowanych przez lekarzy kasowych, lekarz naczelny porozumiewał się z odnośnym lekarzem, lub sprawę przekazywał do kolegjalnego zbadania.

§ 64. Stosunek lekarzy kasowych do Naczelnego lekarza winien się wyrażać gotowością wypełniania jego zleceń i poważaniem należnem mu jako zwierzchnikowi.

§ 65. W razie nieporozumień między Naczelnym Lekarzem i poszczególnymi lekarzami kasowymi sprawa podlega rozpatrzeniu przez Zarząd Zrzeszenia lekarzy kasowych, lub przez Izbę Lekarską.

§ 66. Ubieganie się o posady w Kasach Chorych winno się odbywać przez biuro Pośrednictwa Pracy Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, ewentualnie przez Zrzeszenie Lekarzy Kasowych.

§ 67. Lekarze Kasowi winni być lojalni w stosunku do instytucji, w której pracują i nie wolno im działać ani bezpośrednio ani pośrednio na szkodę moralną czy też materjalną tej instytucji.

Jednak rzeczowa krytyka działalności poszczególnych Kas Chorych, jakoteż organizacji tych Kas wogóle, jest w zupełności dozwolona na łamach pism fachowych w Zrzeszeniach i Towarzystwach Lekarskich, oraz w prasie wogóle.

IX. Obowiązki lekarzy w pracy naukowej.

§ 68. W pracach naukowych ogłaszanych drukiem, lekarzy obowiazują zwyczaje ogólnie przyjęte wśród ludzi pracujących piórem. Prace naukowe są częstokroć jedynym dorobkiem całego życia lekarza. Dorobek ten jest własnością autora, naruszenie więc tego dorobku, korzystanie z niego bez podawania źródła i nazwiska autora, jest ze względów etycznych równoznaczne z przywłaszczeniem cudzego mienia.

§ 69. Z tego tytułu wielce nieetyczną rzeczą jest niesprawiedliwa i stronnicza krytyka pracy naukowej ogłoszonej drukiem, oraz umyślne pomniejszanie jej wartości i jej lekceważenie w celu zdyskredytowania kolegi, zwłaszcza jeśli się to czyni nie otwarcie, a skrycie.

§ 70. Nieetyczne jest przedstawianie opisów operacji, sekcji, badań mikroskopowych, chemicznych i innych, przez siebie nie dokonanych, z pominięciem nazwiska osoby, która czynności te wykonała.

§ 71. Podczas dyskusyj na posiedzeniach naukowych lekarzy obowiązuje stosunek koleżeński w równym stopniu, jak w praktyce prywatnej i współpracy w zakładach leczniczych. Obowiązują tu również te same ogólne zasady, wyrażone w poprzednich trzech paragrafach.

§ 72. Materjał do pracy naukowej (chorzy, zwłoki i t. p.) z reguły należy do tego lekarza, który pierwszy przypadek lub fakt jakiś miał w obserwacji i pierwszy na przypadek ten zwrócił uwagę. W razie sporu decyduje ogół lekarzy danej instytucji wraz z kierownikiem.

§ 73. O ile materjał naukowy pozostaje niewyzyskany przez mającego pierwszeństwo w ciągu dłuższego czasu, to obowiązkiem kierownika instytucji względem nauki jest zajęcie się samemu tym przypadkiem, lub też polecenie opracowania go innemu pracownikowi.

§ 74. Jako regułę przyjmuje się, że wszystkie badania laboratoryjne nawet dokonane poza kliniką resp. szpitalem w innych pracowniach, a dotyczące chorych, leżących w klinikach i szpitalach, należą do kliniki resp. szpitali i nie mogą być bez zgody kierownika kliniki lub szpitala ogłaszane drukiem. Materjał sekcyjny jest własnością prosektorjów, względnie zakładów anatomji patologicznej, którego klinika resp. szpital bez zgody patologoanatoma nie ma prawa wykorzystać jako materjału dla pracy naukowej.

§ 75. W celu uniknięcia sporów, zaprzeczeń i odwołań w pismach, przyjmuje się zasadę, iż nikt z pracujących w szpitalu, na oddziale szpitalnym, w klinice, zakładzie i t. p. nie ma prawa bez zgody odnośnych kierowników w nagłówku swej pracy podawać nazwy instytucji, w której pracuje lub pracował i w której pracę napisał.

Z tego tytułu autor pracy naukowej bez zgody kierownika instytucji nie ma prawa obok nazwiska swego umieszczać urzędu zajmowanego w danej instytucji (np. asystent szpitala, lub asystent kliniki chirurgicznej U. S. B.).

§ 76. Lekarze pracujący jako kierownicy naukowi, lub jako laboranci w fabrykach przetworów farmaceutycznych, organoterapeutycznych, lub innych, winni wpływać na sprawiedliwą ocenę środków wypuszczonych przez fabrykę, powstrzymując fabrykantów od nadmiernej, przesadnej reklamy środka.

Tylko przy zachowaniu wymienionych warunków praca lekarska w takich fabrykach jest dopuszczalna ze stanowiska etyki lekarskiej.

§ 77. Żaden lekarz nie powinien na żądanie fabryki lub apteki wydawać o wartości środka opinji, mogącej służyć jako reklama: jeżeli jednak rozporządza poważnemi spostrzeżeniami, to ma prawo ogłosić je na łamach pism specjalnych.

§ 78. Lekarze nie pracujący naukowo winni poczuwać się do obowiązku starannego śledzenia za postępami wiedzy lekarskiej, winni należeć w charakterze członków do miejscowych Towarzystw Lekarskich i o ile możności brać udział w zjazdach lekarskich.

X. O obowiązkach lekarzy szpitalnych i rejonowych.

§ 79. Lekarze szpitalni i rejonowi winni być lojalni względem instytucji dającej im pracę, unikając w swej działalności wszystkiego, co mogłoby instytucję tą zniesławić lub ściągnąć na nią niezadowolenie ludności. Lekarze w szpitalach winni z całą stanowczością prostować kursujące wśród publiczności kłamliwe, i uwłaczające szpitalowi wiadomości, a w przypadkach wątpliwych winni zbadać stan faktyczny.

§ 80. Lekarze szpitalni i rejonowi winni pamiętać, że troska o dobro chorych znajdujących się pod ich opieką jest najważniejszym ich obwiązkiem. Unikając szablonowego wykonywania swych obowiązków, lekarze winni badać i leczyć chorych z całą sumiennością wszelkiemi dostępnemi sposobami; w przypadkach zaś wątpliwych korzystać ze wspólnych narad między sobą i innymi kolegami.

§ 81. Odpowiedzialność za leczenie chorego ponosi ordynator danego oddziału. Z tego powodu zmiany w leczeniu nie mogą być wprowadzane bez jego wiedzy i zgody.

Wyjątek stanowią zarządzenia lekarza dyżurnego w nagłych i nieprzewidzianych przypadkach.

§ 82. O ile między lekarzem szpitalnym, a Zarządem szpitala niema żadnej specjalnej pod tym względem umowy, to lekarzowi szpitalnemu nie wolno jest pobierać od chorych szpitalnych czy to za leczenie, czy też za dokonanie badania i zabiegi, żadnych opłat dla siebie.

To samo dotyczy pomocniczego personelu szpitalnego.

§ 83. Żadnemu pozaszpitalnemu lekarzowi nie wolno jest badać i leczyć chorych szpitalnych, lub dokonywać w szpitalu zabiegów bez wyraźnego zezwolenia ordynatora i kierownika szpitala.

§ 84. W przypadkach, gdyby chory szpitalny, lub otoczenie chcieli zaprosić na konsyljum lekarza pozaszpitalnego według swego uznania, to życzeniu temu winno się stać zadość; nie dotyczy to jednak klinik uniwersyteckich.

§ 85. Wybór konsulanta uzależniony jest od zgody ordynatora i kierownika szpitala. Wyznaczenie godziny, kiedy ma się odbyć konsyljum z lekarzem pozaszpitalnym, zależy od ordynatora szpitalnego. Ze stanowiska etyki lekarskiej nie wzbrania się ordynatorowi pobrania od chorego honorarjum za konsyljum.

§ 86. Wszyscy lekarze, pracujący w szpitalu, obowiązani są wykorzystywać pod względem naukowym obserwacje nad materjałem oddziałowym i dzielić się swojemi spostrzeżeniami na zebraniach szpitalnych, Towarzystw naukowo-lekarskich lub zapomocą publikacyj w pismach lekarskich.

§ 87. W stosunku do kolegów lekarz szpitalny winien przestrzegać ogólne prawidła współżycia koleżeńskiego, pamiętając, że ma jeszcze obowiązek nauczania młodszych kolegów, jak również korzystania z rad i wskazówek kolegów starszych, bardziej doświadczonych, tworząc w ten sposób nieprzerwany szereg doskonalących się w sztuce lekarskiej pracowników szpitalnych.

§ 88. Do dokładnego i najłatwiejszego uregulowania pracy klinicznej i naukowej nieodwołalnie potrzebne jest w życiu szpitalnem ścisłe przestrzeganie godzin ordynacyjnych i dyżurów.

§ 89. W stosunku do pomocniczego personelu lekarskiego należy być sprawiedliwym, lecz wymagać ścisłego i bezwzględnego posłuszeństwa w wykonywaniu zarządzeń lekarskich.

§ 90. W stosunku do rodziny chorych, lekarz szpitalny winien być względny i pobłażliwy, pomnąc na ciężki stan psychiczny bliskich choremu ludzi.

Rodziców i opiekunów należy przekonywać wszystkiemi sposobami o konieczności wymaganych zabiegów.

W razach nagłych i niewątpliwych np. potrzeba tracheotomji, krwotok, corpus al. i t. p. lekarz szpitalny nie może się wahać i musi z całą świadomością wziąć na siebie odpowiedzialność, nawet wbrew woli rodziców czy opiekunów.

Dok. nast.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Ministestwo Spraw Zagranicznych zawiadomiło Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, iż belgijskie Ministerstwo Kolonij skłonne jest przyjąć na służbę w belgijskim Kongo lekarzy narodowości polskiej.

Ewentualni kandydaci winni składać podanie wprost do Ministerstwa Kolonij w Brukseli, dołączając do podania dyplom lekarski, świadectwo moralności i dobrego prowadzenia, zaświadczenie o stanie zdrowia oraz dowód z odbywania praktyki lekarskiej. Jako jeden z zasadniczych warunków przyjęcia podania do rozpatrzenia wymagana jest zupełna znajomość języka francuskiego w mowie i piśmie.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do jaknajszybszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszów do uzdrowisk swojskich zamiast do obcych, urządza wzorem 3-ch lat ubiegłych w siedzibie swej (Widok 23) w r. b. serję odczytów z dziedziny balneoterapji i klimatoterapji polskiej.

Odczyty te są bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych.

W piątek 26 kwietnia, godz 20.30 odbył się 9-y tegorocznej serji odczyt p. Jerzego Czopa p. t.: „Uzdrowiska klimatyczne na Śląsku".

Towarzystwo chirurgów Polskich. Komunikat zjazdowy. XXV Zjazd Towarzystwa chirurgów Polskich odbędzie się zgodnie z uchwałą ostatniego Zjazdu — w roku bieżącym w Wilnie. Obradować on będzie jako sekcja chirurgiczna XIII

Zjazdu lekarzy i Przyrodników Polskich w dniach 26, 27 i 28 września 1929 r. Na zjeździe w Krakowie ustalono następujące tematy programowe dla Zjazdu wileńskiego:

1) Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc — referent prof. Dr. M. Rutkowski z Krakowa;

2) Gruźlica nerek — referent prof. Dr. H. Schramm ze Lwowa, korreferent Doc. Dr. T. Pisarski z Krakowa.

Zarząd Towarzystwa, zapraszając tą drogą wszystkich członków do wzięcia udziału w Zjeździe, prosi o zgłaszanie wykładów i referatów na ręce wiceprezesa Towarzystwa i gospodarza sekcji chirurgicznej Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich prof. Dra K. Michejdy pod adresem: Wilno, Klinika Chirurgiczna U. S. B. Prelegenci, życzący sobie umieszczenia swych wykładów w Pamiętniku Zjazdu Lekarzy i Przyrodników powinni zgłosić temat, jak również nadesłać streszczenie wykładu przed dniem 31 sierpnia 1929 roku.

Udział w Zjeździe należy zgłosić kartką pocztową również przed dniem 31 sierpnia 1929 r. Zniżki kolejowe dla uczestników Zjazdu są przewidziane w granicach zwykłych (66%-owa zniżka w drodze powrotnej). Rozmieszczeniem uczestników Zjazdu zajmie się sekcja mieszkaniowa Zjazdu Lekarzy i Przyrodników, którą kieruje Dr. Henryk Rudziński, naczelnik wojew. Wydziału Zdrowia Wilno, ul. Wielka 51. Do niego zwracać się należy w sprawie mieszkań.

Prezes Towarzystwa: *Leon Kryński* (—).

Kraków.

Akademja ku czci ś. p. Napoleona Cybulskiego. Staraniem krakowskiego Towarzystwa lekarskiego wspólnie z wydziałem lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego, odbyło się w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem we środę 24 ub. m. uroczyste posiedzenie ku uczczeniu pamięci wielkiego fizjologa polskiego Napoleona Cybulskiego w dziesięcioletnią rocznicę jego śmierci, na które przybył oprócz członków Towarzystwa lekarskiego cały wydział lekarski i wielu gości między innymi p. Cybulska, z synem, p. wojewoda Dr. Kwaśniewski, prof. Szymonowicz ze Lwowa, prof. Beck ze Lwowa, prof. Czubalski z Warszawy, oraz z Krakowa: p. prof. Heinrich, prof. Rogoziński, prof. Surzycki, prof. Talko-Hryncewicz i prof. Estreicher. Posiedzenie zagaił prezes Towarzystwa prof. Latkowski, który przedstawiwszy w pięknych słowach działalność naukową i społeczną N. Cybulskiego oraz jego zasługi położone dla krakowskiego Towarzystwa lekarskiego, złożył hołd pamięci tego wielkiego uczonego. W imieniu polskiej Akademji Umiejętności przemówił prof. Godlewski jun., w imieniu zaś Uniwersytetu Jagiellońskiego i rektora prorektor prof. Marchlewski. Prof. Czubalski z Warszawy uczcił pamięć N. Cybulskiego przemawiając imieniem wydziału lekarskiego uniwersytetu warszawskiego. Następnie prof. Beck ze Lwowa wygłosił odczyt, w którym scharakteryzował działalność naukową N. Cybulskiego oraz podkreślił jego wielkie zasługi naukowe w dziedzinie fizjologji a prof. Maydell z Krakowa skreślił życiorys N. Cybulskiego. W końcu prof. Rosner z Krakowa przedstawił piękną sylwetkę Cybulskiego, podkreślając w przemówieniu swem zasadnicze rysy jego wielkiej i niezwykłej indywidualności. Posiedzenie zamknięto odczytaniem telegramów przesłanych przez Towarzystwa naukowe wszystkich miast uniwersyteckich.

Ukazało się Szpitala krakowskiej gminy izraelickiej sprawozdanie o ruchu chorych za r. 1928. Ambulatoryjnie leczono w tym roku, nie licząc powtórnych ordynacyj 25.245 chorych bez różnicy wyznania (w r. 1927 chorych 24.317), zaś stałych chorych 2.338 przez okrągło 40.000 dni. Opuściło szpital 2087 chorych, a zmarło 141 chorych. Utrzymanie szpitala kosztowało okrągło 338 tysięcy zł, a niedobór pokryty przez krakowską gminę izr. wynosi okrągło 154 tysięcy zł. W szpitalu są oddziały dla chorób wewn., chirurg., dzieci, kobiecych, uszno-gardl., ortoped., okulistycznych, dentystycznych, skórnych i zakład Roentgena. Oprócz tego czynną jest przy Szpitalu „Poradnia przeciwgruźlicza", udzielająca porad chorym na gruźlicę bez różnicy wyznania. Pod względem typograficznym sprawozdanie przedstawia się wzorowo.

Przy wydziale lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie i staraniem tegoż Wydziału odbyły się między 11-ym a 20-ym ub. miesiąca kursa uzupełniające dla lekarzy ku wielkiemu pożytkowi uczestników. Program był bardzo urozmaicony tak pod względem praktycznym, jak i teoretycznym. Niemal w każdej dziedzinie medycyny była możność dokształcenia się. To też należy się serdeczna podzięka Czcigodnemu Fakultetowi lekarskiemu, Profesorom i Prelegentom za Ich ofiarną pracę.

L. Wiśniewski.

Lwów.

Nowy Docent Uniwersytetu Lwowskiego. Min. Wyznań i Oświaty zatwierdził uchwałę Wydziału Lekarskiego Uniw. J. K. we Lwowie, mocą której Dr. Antoni Dobrzański został habilitowany jako docent oto-laryngologji na tymże wydziale.

Walne Zgromadzenie Delegatów Towarzystwa Lekarzy b. Galicji odbędzie się w dniu 30 maja b. r. (czwartek, dzień Bożego Ciała) we Lwowie o godzinie 10-tej przed południem w sali Polikliniki, przy ul. Lindego 5.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokołu z ostatniego Walnego Zgromadzenia;
2) Sprawozdania z czynności Zarządu i Skarbnika;
3) Rozdział pensyj i zapomóg.
4) Wnioski delegatów i interpelacje;
5) Wybory nowego Zarządu.

Sekretarz: *A. Sabatowski.* Przewodniczący: *R. Rencki.*

Wolne posady lekarskie.

Lwowska Izba Lekarska komunikuje, że w Batiatyczach w powiecie żółkiewskim jest do obsadzenia posada lekarza okręgowego. Termin wnoszenia podań upływa 31 maja b. r. Bliższe informacje w Wydziale Rady powiatowej w Żółkwi, oraz w ogłoszeniu pomieszczonem na tablicy ogłoszeń Izby Lekarskiej.

Ze świata.

Kurs dokształcający dla lekarzy z dziedziny praktyczno-chirurgicznej oto-rhino-laryngologji urządza w Strasburgu tamtejsza nowa Klinika oto-rhino-laryngologiczna Wydziału Lekarskiego w Strasburgu pod kierunkiem profesora Grzegorza Canuyt w czasie od 1 do 14 lipca r. b. Wszelkich bliższych wyjaśnień tyczących się tego kursu udzieli Profesor Canuyt w Strasburgu.

Włoskie Towarzystwo Okulistów wyznaczyło międzynarodową nagrodę im. Cirincione w wysokości 20.000 lirów i dwa złote medale za prace z zakresu okulistyki napisane w 1928 roku i 5.000 lirów za monografję o geograficznem rozprzestrzenieniu jaglicy. Ubiegać się mogą o te nagrody badacze wszystkich krajów, którzy nie mają ukończonych 45 lat i nie są ordynatorami oddziałów okulistycznych.

Wyróżnienie pedjatry polskiego. Wydział Lekarski Uniwersytetu w Zurychu ustalił następującą listę dla obsadzenia katedry pedjatrji po ustąpieniu Feera: na pierwszem miejscu Bessau (Lipsk), na drugiem miejscu Freudenberg (Marburg) i Gröer (Lwów), na trzeciem miejscu Fanconi (Zurych) i inni. Zamianowany został Fanconi.

Komisja berlińskiej Izby Lekarskiej uchwaliła protest przeciwko podatkowi przemysłowemu wolnych zawodów, widząc w nim niebezpieczeństwo dla strony moralnej zawodu. Lekarze, nie mogący z dotychczasowych dochodów płacić tego podatku, musieliby proporcjonalnie podnieść swoje honorarja i w ten sposób obciążyć podatkiem swoich chorych, względnie instytucje ubezpieczeń społecznych, co wniosłoby nowy niepokój do stosunków pomiędzy kasami chorych a lekarzami. Z tych względów należy żądać odwołania powyższego rozporządzenia.

Również w związku ze wspomnianym podatkiem odbyli protestujące posiedzenie przedstawiciele wolnych zawodów.

Na walnem zebraniu Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego w dniu 3 kwietnia r. b. przewodniczący prof. Payr zakomunikował, że zarząd Towarzystwa ponowił swoją poprzednią uchwałę powstrzymania się od udziału w najbliższym t. j. tegorocznym międzynarodowym Zjeździe Chirurgów. Zebranie rezolucję powyższą zatwierdziło.

V. Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej odbędzie się w Londynie w dniach od 6-go do 11-go maja 1929 r. Tematy podane na V. Kongres są następujące: 1) Ewakuacja rannych i chorych drogą powietrzną i wodną. (Rola służby zdrowia w operacjach kombinowanych (ref. W. Brytanja i Francja). — 2) Krótkotrwałe gorączki podzwrotnikowe (ref. W. Brytanja i Niderlandy). — 3) Uszkodzenia naczyń krwionośnych i ich następstwa (ref. W. Brytanja i Belgja). — 4) Fizyczna i chemiczna analiza szkła i przedmiotów gumowych używanych w służbie zdrowia (ref. Brytanja i Hiszpanja). — 5) Normy uzbienia i zdolności fizycznej w różnych rodzajach służby wojskowej (ref. W. Brytanja i Kuba).

Ze statystyki Izb lekarskich. W r. 1926 funkcjonowało w Rzeczp. Polskiej 7 Izb: w Warszawie, Poznaniu, Krakowie, Lwowie, Łodzi i Lublinie. od 8 listopada 1926 r. w Wilnie i w Warszawie Naczelna Izba lekarska.

Ilość członków w Izbach:

Izby	1926 r. 31. XII.	Zmarło	% śmiert.	1927 r. 31. XII.	Zmarło	% śmiert.
Warsz. - Biał.	2291	43	1,9	2438	25	1
Lwowska	1564	13	0,9	1673	19	1,14
Krakowska	1110	—	—	1164	11	0,9
Pom. - Poznań.	824	22	2,7	887	23	2,7
Lubelska	607	11	1,8	658	31	2,1
Łódzka	605	10	1,6	651	6	0,9
Wil. - Nowogr.	530	—	—	570	9	1,75
Razem	7531	—	—	8041	106	1,32

Bilanse roczne zamykały się w ramach:

Izby	1926 r.	1927 r.
Warszawa	188.305.07	116.121.43 łącznie z kanc.
Lwów	—	51.987.59
Kraków	23.624	32.324
Poznań	30.925.52	sprawozd. kas. nie nadesł.
Lublin	23.504.13	32.688.64
Łódź	12.129	14.998
Wilno	—	18.546.50

Koszta administracyjne:

Izby	1926	Na 1 cz. Izby	1927	Na 1 czł. Izby
Warszawa	29.665.53	13.6	36.256.34	14.9
Lwów	—	—	14.184.87	8.5
Kraków	15.754	—	17.857.17	15.3
Poznań	19.829.17	24	16.997.38	—
Łódź	12.129	20	10.837.76	16.6
Wilno	—	—	12.430.22	21.9

Składka roczna:

Rok	Warszawa	Lwów	Kraków	Poznań	Lublin	Łódź	Wilno
1926	20	20	15	20	25	24	—
1927	20	20	25	25	25	24	46

Instytucje Samopomocy:

Warszawa: w 1926 i 1927 r.:

a) Kasa Ubezp. na wypadek śmierci — wypł. przeciętn.

b) Biuro pośrednictwa pracy.

Lwów: w 1926 i 1927 r.

a) Kasa emeryt. - kadencja 5-letnia — jeszcze nie wypł.

b) Kasa ubezp. na wypadek choroby — w 1927 r. wypłacono świadczeń 24.457.

c) Biuro porad prawnych.

d) Biuro pośrednictwa pracy.

Kraków: Kasa ubezp. na wypadek śmierci — od 2. V. 1927 r. do 31. XII. 1927 wypł. ubezp. 64.287. Bilans zamyka 126.504.57.

Poznań: Kasa Pogrzebowa — w 1926 r. premje wynosiły od 1750 do 3000, wypłacono premji na 54.910, w 1927 r. sprawozdania kasowego niema.

Lublin: Kasa pomocy koleż. — w 1926 r. wypł. po 4.614 zł. 7 rodzinom, w 1927 r. wypł. 53.541 zł. 13 rodzinom. Bilans kasy 30.793.

Łódź: Kasa Ubezp. — w 1926 r. wypł. 13 premji na 138.114. Bilans 174.416.55, w 1927 r. wypł. premji 68.317 zł. 6 rodzinom. Ost. premja 11.677. Bilans 106.313.

Wilno: Kasa Pogrzeb. od 11. VII. 1927 wypł. premji 5.720 od 1800 do 2120.)

Niemieckie Towarzystwo do zwalczania gośćca odbyło w dniach 5 i 6 kwietnia b. r. swoje czwarte zebranie w Wiesbadenie pod przewodnictwem dyr. ministr. prof. Dietricha z Berlina. Członkowie zwiedzili instytut badawczy balneologiczny (Forschungsinstitut für Bäderkunde und Stoffwechsel) posiadający własne kąpiele z wody zdrojowej obok wszystkich urządzeń do djagnostyki i terapji oraz pracownie do badań fizjologicznych i biologicznych. Kierownik instytutu Harpuder przedstawił program prac i zestawienie krytyczne nowoczesnych sposobów leczniczych. W miejskim szpitalu przedstawił kierownik oddziału wewnętrznego A. Géronne szereg ciekawych przypadków oraz uzyskane wyniki nawet w zastarzałych przypadkach. Miejskie łazienki (Kaiser - Friedrich - Bad) zyskały u zwiedzających wielkie uznanie, również zakład roentgenowski uniwersytecki prof. Holfeldera w pobliskim Frankfurcie. Wykłady prof. Strassburgera potwierdziły znaczenie terapji fizykalnej, którą należy uważać jako równoznaczną z farmakoterapją. Tosamo tyczy się również znaczenia leczniczego radem, o czem mówił Dr. Happel z zakładu Strassburgera. O znaczeniu zapalenia migdałków dla powstawania schorzeń gośćcowych mówił prof. Dr. Grahe. W dalszym ciągu rozpraw zgodzono się na ściślejsze rozgraniczenia i mianownictwo schorzeń gośćcowych, aby przeprowadzić naukowe i statystyczne opracowanie przedmiotu.

W końcu przemawiał Dr. Schanz z Drezna na temat: gościec, niewydolność, zużycie (bóle rzekomo - gośćcowe, zależne od stopy płaskiej, przeciążenia kręgosłupa w postaci niby- gośćcowych bólów).

Pierwszy Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Mikrobiologicznego odbędzie się w Instytucie Pasteura w Paryżu, dnia 7—12 października 1929 r. pod przewodnictwem honorowem Prof. Rouxa, Dyrektora Instytutu i pod przewodnictwem prof. Bordet. Ostateczny program Kongresu:

I. Referaty:

1) Płonica (etjologja, zapobieganie, leczenie) — Dochez, Cantacuzène, Złatogorow, Friedemann, R. Debré — 2) Poronienie nagminne u zwierząt, febris undulans — Wright, Kristensen, Burnet. 3) Zmienność drobnoustrojów, objaw lityczny — Bordet, M. Neisser. — 4) Patogeneza cholery — Sanarelli, Kabeshima. — 5) Etjologja grypy — R. Pfeiffer. — 6) Hodowla tkanek — Carrel. — 7) Rozkład części roślinnych w ziemi i wytwarzanie próchnicy — Winogradsky.

II. Konferencje:

1) Szczepienie ochronne przeciwgruźlicze — Calmette. — 2) Szczepienie przeciwbłonicze — Ramon. — 3) Kiła doświadczalna i odporność w kile — Kolle. — 4) Lipoidy — Belfanti. — 5) Odporność u roślin — Carbone.

III. Konferencje z pokazami praktycznemi:

1) Hodowla tkanek i nowotwory — Borrel, A. Fischer, Canti. — 2) Parazytologja — Brumpt, Fülleborn, Mesnil, Nuttall.

Sprostowania omyłek druku.

W ogłoszonej w numerze 18-tym „Polskiej Gazety Lekarskiej" z r. b. pracy Dra J. Felixa p. t. „Zakażenie pałeczką Banga u człowieka" zaszły następujące omyłki druku:

Na stronie 326, szpalta pierwsza, wiersz 42 od dołu zamiast „Chronimskiego" ma być „Chromińskiego", w wierszu zaś 41-szym tej samej szpalty od dołu zamiast (L : 200) ma być (1 : 200).

W szpalcie drugiej wreszcie strony 326 w wierszu 43-cim od dołu zamiast „cehy" ma być „cechy".

W ogłoszonej w numerze 16-tym „Polskiej Gazety Lekarskiej" z r. b. pracy Dr. Brauna p. t. „Krótki zarys rozwoju i organizacji pracy oddziału oto - laryngologicznego Szpitala Powszechnego we Lwowie zaszły następujące omyłki druku:

Na stronie 297, szpalta druga, wiersz 11 od góry zamiast 1919 ma być 1910. W wierszu 13-tym od góry zamiast 1444 ma być 144. W wierszu drugim od dołu zamiast parrus ma być parvus — na stronie zaś 298, szpalta druga, w wierszu 33 od góry zamiast 184 ma być 148.

W ogłoszonej w numerze 17-tym „Polskiej Gazety Lekarskiej" z r. b. pracy Dr. Wł. Mikułowskiego p. t. „O powinowactwie klinicznem, epidemjologicznem i profilaktycznem odry i kokluszu" zaszły następujące omyłki druku:

Na stronie 320, szpalta druga, wiesrz 25-ty od góry zamiast „zaakceptować" ma być „zaakcentować" — w wierszu 15-tym od dołu zamiast „płuc" ma być „płucny" — na stronie 321 w szpalcie pierwszej w wierszu 10-tym od góry zamiast „147" ma być „144", w szpalcie drugiej tej samej strony w wierszu 17-tym od góry zamiast „jasny" ma być „jawny" — wreszcie na stronie 322, w szpalcie drugiej w wierszu 10-tym od dołu zamiast „zadawalają" ma być „zadawalniają".

Redakcja otrzymała.

St. Sterling - Okuniewski i W. Paszkowska: „Gruczolak tarczycy". Odb. z „Biuletynu oraz Nowotworów Pol. Kom. do Zw. raka", nr. 19—20.

St. Sterling - Okuniewski i Z. Pęska: „Rak pierwotny pęcherzyka żółciowego". Odb. z „Biul. oraz Nowotworów Pol. Kom. do Zw. raka', nr. 19—20.

St. Sterling - Okuniewski i W. Paszkowska: „Wątroba olbrzymia w przebiegu raka żołądka u osobnika młodego". Oodb. z „Biul. oraz Nowotworów Pol. Kom. do Zw. raka", nr. 10—20.